



عنوان پایان نامه

بررسی اثر بخشی برنامه مدیریت استرس به روش شناختی بر عملکرد
خانوادگی و سلامت عمومی والدین کودکان مبتلا به لوسمی، لنفوم و سایر
بدخیمی های کودکان

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای تخصصی روانپزشکی

استاد راهنما: دکتر نسرین صراف

(فوق تخصص روانپزشکی کودکان و نوجوانان)

مجری طرح: دکتر مریم فنائی

دانشگاه علوم پزشکی قزوین

اردیبهشت ۱۳۹۵

فهرست

شماره صفحه

فصل اول : کلیات

الف : بیان مساله ۱

ب : اهداف و سوالات تحقیق ۱۲

فصل دوم : مواد و روش ها ۱۸

فصل سوم : نتایج ۲۸

فصل چهارم : بحث و نتیجه گیری ۳۲

فصل پنجم : منابع و مآخذ ۳۸

چکیده انگلیسی ۴۴

ضمیمه : جداول و نمودارها ۴۵

فرم ها و پرسشنامه ها ۶۳

بررسی اثر بخشی برنامه مدیریت استرس به روش شناختی بر عملکرد خانوادگی و سلامت عمومی والدین کودکان مبتلا سرطان

چکیده:

مقدمه : ابتلا به سرطان در کودکی باعث ایجاد واکنش‌های روانشناختی در فرد مبتلا و اطرافیان وی می‌شود که به لحاظ تأثیرات مهم و عمیق در روند درمان و تطبیق فرد و خانواده با بیماری نیازمند مداخلات رفتاری شناختی جهت سازگاری سریعتر و پیشگیری از اختلالات روانپزشکی می باشد. با توجه به کمبود پژوهش مشابه در ایران، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس بصورت رفتاری شناختی بر روی والدین کودکان مبتلا به سرطان انجام گردید.

مواد و روشها : جامعه مورد نظر تعداد ۲۵ نفر از والدین کودکان مبتلا به بدخیمی بود که در شش ماه اول سال ۱۳۹۴ بیماری آنها تشخیص داده شده و در بخش فوق تخصصی خون و انکولوژی بیمارستان قدس شهر قزوین تحت درمان قرار داشتند. شرکت کنندگان در چهار جلسه ۹۰ دقیقه ای بصورت گروهی مورد آموزش مدیریت استرس قرار گرفتند. ابزار مورد ارزشیابی پرسشنامه های GHQ (پرسشنامه سلامت عمومی) و FAD (پرسشنامه بررسی عملکرد خانواده) بود که توسط شرکت کنندگان قبل و یکماه بعد و سه ماه بعد از آموزش تکمیل و میانگین و انحراف معیار و مقدار احتمال توسط نرم افزار SPSS-21 ارزیابی شد

نتایج : از ۲۵ والد تکمیل کننده دوره آموزشی P-value برای GHQ قبل از مداخله با یکماه و سه ماه بعد از آموزش ۰/۰۲۵ و ۰/۰۳۴ و برای یکماه و سه ماه بعد از آموزش ۰/۰۳۲۷ بود و برای FAD قبل از مداخله با یکماه و سه ماه بعد از آموزش ۰/۰۲۵ و ۰/۰۳۴ بود و برای یکماه و سه ماه بعد از آموزش ۰/۰۳۲۷ بود .

نتیجه گیری : نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش روانشناختی والدین میتواند در بهبود سلامت عمومی و عملکرد خانواده ها موثر باشد .

کلید واژه ها : بدخیمی اطفال، آموزش مدیریت استرس ، سلامت عمومی ، بررسی عملکرد خانواده

فصل اول

(کلیات)

بیان مساله:

جسم انسان از میلیونها سلول تشکیل شده که در کنار هم بافتهایی مانند ماهیچه ها ، استخوانها و پوست را میسازند . هر کدام از این بافتها عملکرد جداگانه و واحدی دارند . در حالت طبیعی ، سلولها با تقسیم دو تایی بطور منظم و کنترل شده و طبق قاعده خاصی تکثیر میابند و منجر به رشد و ترمیم بافتهای بدن میشوند . حال اگر تقسیم سلولها از کنترل خارج شود ، سلولها با سرعت و تعداد بیشتر از حالت عادی تکثیر و رشد میابند . در این صورت بافت سلولی که ایجاد می شود تومور نام میگیرد . تومورها به دو دسته ی خوش خیم و بد خیم تقسیم می شوند . تومورهای خوش خیم معمولا محدود به قسمت کوچکی از بدن هستند و به آهستگی رشد کرده و بسته به محل و اندازه شان مشکلا تی رابه وجود می آورند بعبارتی تومورهای خوش خیم نیز زمانی که بیش از حد رشد می کنند و بزرگ می شوند، می توانند از طریق وارد کردن فشار به بافتهای سالم مجاور ایجاد اختلال کنند ، ولی این گونه تومورها به هیچ عنوان به بافتهای دیگر مهاجرت نمی کنند (متاستاتیک نیستند). این گونه تومورها، تهدید کننده ی زندگی و سلامت فرد نیستند و در بیشتر موارد با درمان موضعی و جراحی بر طرف می شوند (۱) .

اما تومور های بدخیم که در واقع بعنوان سرطان (۲) ودر پزشکی نئوپلاسم اطلاق می شود شامل سارکومها و کارسینومها هستند . در سرطان تقسیم سلول ها دیگر تحت کنترل بدن نیست و معلوم هم نیست که چه زمانی متوقف میشود ، بعلاوه سلول های تکثیر شده معمولا بصورت مجاورتی و بافت به بافت و یا از طریق سیستم لنفاوی و جریان خون به مناطق دوردست منتقل میشوند و یک تومور ثانویه تشکیل میدهند ، به این فرآیند متاستاز میگویند . تومور ثانویه از جهت شکل و عملکرد درست مانند تومور اولیه است . تومور بدخیم میتواند مانع فعالیت سلولهای سالم منطقه شروع اولیه و یا منطقه متاستاتیک شود (۳) .

تا کنون بیش از ۲۰۰ نوع سرطان در انسان شناسایی شده که هر کدام به شیوه ای خاص ایجاد میشوند ، اما نهایتاً آنچه در تمام آنها مشترک است این است که همه انواع سرطانها باعث تغییر در ساختار طبیعی سلولی میشوند (۴) .

همه گیر شناسی:

تحقیقات اخیر نشان میدهد شیوع سرطان بطور روز افزونی رو به افزایش است ، بطوریکه در آمریکا از هر ۲ مرد ۱ نفر و از هر ۳ زن ۱ نفر به سرطان مبتلا میشوند . بطور کلی سالانه بیش از ۱۰ میلیون نفر در جهان به سرطان مبتلا میشوند که حدوداً ۶ میلیون نفر آنها میمیرند . در سال ۲۰۰۵ در دنیا ۶/۷ میلیون نفر جان خود را بعلت سرطان از دست دادند . پیش بینی میشود در سال ۲۰۲۰ آمار ابتلا به سرطان در جهان ۱۶ میلیون نفر باشد و در این زمان ۱۰ میلیون نفر سالانه در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست خواهند داد . در ۱۰ سال آینده در صورتیکه اقدامی جدی صورت نگیرد ۸۵ میلیون نفر بدلیل سرطان خواهند مرد که بیش از ۷۰٪ مرگ و میرها ناشی از سرطان در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط است (۴) .

بطور کلی بین ۴۰ تا ۷۹ سالگی در زنان و ۶۰ تا ۷۶ سالگی در مردان سرطان از علل اصلی مرگ و میر به شمار میرود . آخرین آمار در کشور ما ۴/۹٪ کل مرگ و میرها را به سرطان نسبت داده است که پس از بیماری های دستگاه گردش خون و سوانح و مسمومیتها و خودکشی در رتبه سوم قرار گرفته است . سالانه حدود ۱۰۰ هزار مورد جدید سرطان در کشور ما بروز مینماید . به گفته دکتر محمد اسماعیل اکبری رئیس مرکز تحقیقات سرطان کشور ، ایران تقریباً بالاترین رشد سرطان در جهان را دارد (۵) .

دکتر ایرج حریرچی معاون مدیریت منابع انسانی و توسعه وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۲ آمار ابتلا به سرطان در ایران را سالانه ۹۰ هزار نفر و تعداد مبتلایان به سرطان در کل کشور در همان سال را ۵۰۰ هزار نفر اعلام کرده است . وی بر آورد نمود که طی ۱۵ تا ۲۰ سال بعد تعداد موارد سرطان

به ۲ برابر افزایش خواهد یافت . دکتر بهزاد رحمانی رئیس هیات مدیره انجمن جراحان عمومی ایران در شهریور ماه ۱۳۹۳ ضمن تاکید بر افزایش تعداد مبتلایان به سرطان و کاهش سن ابتلا گفت : آمار سرطان در ایران قابل توجه و و البته قابل تامل است . دکتر عبدالله فضلعلی زاده رئیس انجمن سرطان ایران از وضعیت سرطان در ایران بعنوان سونامی ناگهانی نام میبرد و میگوید: سرطان یکی از معضلات عمده جامعه بشری بخصوص ایران و تهدیدی بالقوه برای انسانها در تمام گروههای سنی است (۶) .

در جمعیت کودکان بطور کلی تفاوتهای زیادی از نظر شیوع سنی در سرطانهای دوران کودکی وجود دارد . در کودکان آمریکایی حدود ۱٪ موارد جدید سرطان در زیر ۱۹ سالگی است و حدود ۱۰٪ موارد مرگ و میر زیر ۱۵ سالگی ناشی از سرطان است که از این تعداد حدود ۶۰٪ به لوسمی و تومورهای سیستم مرکزی عصبی مربوط میشود (۷) .

اگر چه سرطان کودکان در کشورهای توسعه یافته رو به افزایش است بطوریکه از هر ۱ میلیون نفر جمعیت زیر ۱۵ سال ، سالانه ۱۶۵ کودک در کشورهای رو به رشد به سرطان مبتلا میشوند . بطور معمول انتظار میرود سالانه در تمامی سنین ۱۰۰ مورد سرطان در هر ۱۰۰ هزار نفر بروز کند که سهم کودکان در این بین ۱۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت اطفال است . با احتساب موارد تثبیت نشده سالانه بین ۲ تا ۳ هزار مورد سرطان در کودکان رخ میدهد . در مطالعه موسوی و همکاران لوسمی شایعترین سرطان در کودکان صفر تا ۱۴ ساله در ایران بوده و میزان بروز آن ۸ تا ۶۲ مورد در میلیون در سال ۲۰۰۴ در مناطق مختلف تخمین زده شده است (۸) .

خوشبختانه آمارها حاکی است که در حال حاضر کودکان بیش از بزرگسالان از سرطان جان سالم به در می برند و طی ۳ سال اخیر تعداد کودکان درمان شده از ۳۰٪ به ۸۰٪ رسیده است ، بعبارتی امروزه دیگر خانواده ها نباید نگران درمان بیماری فرزندشان باشند چون بسیاری از انواع سرطانهای

اطفال در همان مراحل اولیه قابل درمان هستند ، بجز سرطانهایی که نیاز به پیوند مغز استخوان دارند و شانس درمان آنها حدود ۲۰٪ است (۶) .

تفاوتهای نژادی:

شیوع سرطان در جمعیت سفید پوست بیشتر است تا گروههای قومیتی و کودکان سفید پوست ۲ برابر کودکان دو رگه آمریکایی آفریقایی در ایالات متحده به سرطان مبتلا میشوند (۹) .

اتیولوژی :

علت دقیق تکثیر بی رویه سلولها و ایجاد سرطان مشخص نیست ، ولی احتمال دارد عوامل ژنتیکی یا موادی که موجب اختلال در فعالیت سلولها میشوند در عملکرد سلولها اختلال ایجاد کنند ، مانند مواد رادیو اکتیو ، موادشیمیایی و سمی و تابش اشعه از جمله نور خورشید و نوشیدنیهای الکلی و ویروسها. محققان انگلیسی در تحقیقات خود متوجه شدند عدم توازن ژنتیکی بین پروتئین های سلولی باعث رشد خارج از کنترل تومور میشوند (۲) .

در کودکان هر عاملی که سبب افزایش احتمال ابتلا به سرطان در کودک شود عامل خطر محسوب میشود . اگر چه عوامل خطر ریسک سرطان کودکان را افزایش میدهد ، ولی علت مستقیم سرطان نیستند ، چه بسا کودکانی که بدون وجود عوامل خطر به سرطان مبتلا میشوند . اختلالات ژنتیکی از جمله سندروم داون بصورت ارثی منتقل میشوند . اشعه و رادیوتراپی ، گازهای سمی و عفونتها از دیگر عوامل خطر ابتلا به سرطان در کودکان محسوب میشوند (۱۰) .

به اعتقاد برخی متخصصین ، آلاینده های محیطی مانند سرب و جیوه و آرسنیک و نیز میدانهای مغناطیسی و وسائلی مانند تلوزیون و رایانه و مواد شیمیایی مانند کودها و حشره کشها و وجود منابع انتقال برق در شهرها و سو تغذیه همه میتوانند علت افزایش سرطان در کودکان طی سالهای اخیر باشند (۷) .

گروهی از متخصصان اطفال در کشورمان به بررسی رابطه شغل پدران و میزان بروز سرطان خون در فرزندان پرداختند. در میان ۲ گروه ۷۸ نفری از کودکان مبتلا به سرطان خون و کودکان سالم، مشخص شد در گروه بیماران، شغل بیشتر پدران به ترتیب کشاورز و نقاش و یا به گونه ای در تماس با هیدروکربنها بودند، در حالیکه در کودکان سالم اکثر پدران به ترتیب کارگر و کارمند بودن (۱۱).

اهمیت تحقیق:

ابتلا به بیماریهای تهدیدکننده زندگی مانند سرطان، به دلیل تأثیر بر بیمار و نزدیکان او، موجب تغییرات بسیاری در ساختار و عملکرد خانواده میشود (۱۲). از آن جا که سرطانهای دوران کودکی بیماریهای تهدیدکننده زندگی هستند نقش والدین به خصوص مادران، به طور فزاینده ای به عنوان مراقب اولیه و اصلی مطرح میشود، بنابراین به دلیل تغییر در نقش والدی، والدین با مشکلات متعدد و پیچیده ای مواجه هستند (۱۳). افزایش میزان بهبودی کامل ۷۹٪ و گرایش به بستری کوتاه مدت در بیمارستان و افزایش اتکا به مراقبت سرپایی، رنج مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری مزمن را برای خانواده ها افزایش میدهد، به طوری که از مراقبان خانواده به عنوان بیماران مخفی یاد میکنند (۱۴). مهارتهای مقابله عبارت است از، استفاده از سازوکار و روشهای مقابله ای مناسب و سازگار، مدیریت فعالیتهای روزمره زندگی و توانایی حل مشکلات توأم با زندگی روزانه به منظور سازگاری با عوامل تنش زای درونی و بیرونی. هرچند مقابله اجتنابی مانند نادیده انگاشتن و فرار از موقعیت ممکن است در کاهش تنش در کوتاه مدت مؤثر باشد، در مقابل استفاده از انواع روشهای مقابلهای مانند تدابیر متمرکز بر مسأله میتواند موجب سازگاری روانی بهتر در بلندمدت شود (۱۵). در پژوهش انجام گرفته در ایران به منظور بررسی رفتارهای تطابقی مادران کودکان مبتلا به بیماریهای مزمن، مادران در الگوی رفتاری حفظ تمامیت خانواده و مطلوب نمودن

موقعیت و الگوی رفتاری درک از موقعیت پزشکی ، از طریق ارتباط با والدین کودکان مشابه و مشاوره با اعضای تیم پزشکی عملکرد ناموفقی داشتند ، پس علاوه بر بیمار مبتلا به سرطان ، باید خانواده بیمار نیز تحت مراقبت قرار گیرد (۱۶) . والدین اغلب ، احساساتی مانند افسردگی و اضطراب دارند . ویژگیهای شخصیتی مراقب ، عوامل تنش زا ، ارزیابی تنش ، روشهای مقابله با تنش و حمایت اجتماعی ، کیفیت زندگی افراد مراقب را تحت تأثیر قرار میدهد (۱۷) . گرچه نقش فرد مراقب در خانواده برای مراقبان حرفه ای مهم میباشد ، درباره پیامدهای نقش آنها به عنوان فراهم کننده مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان اطلاعات اندکی موجود است (۱۸) . در مطالعه خنجری و همکاران به منظور تعیین کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی ، این والدین از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بوده و بر عهده داشتن نقش والدی و میزان درآمد و شغل بیشترین ارتباط را با کیفیت زندگی نشان میداد ، همچنین نتایج مطالعه Yamazaki و همکاران و Eiser و همکاران نشان داد که این والدین کیفیت زندگی پایین تری نسبت به مادران کودکان سالم دارند (۱۹) .

در مطالعه Litzelman و همکاران ، تنش و رنج ناشی از مراقبت از کودک دلیل کاهش کیفیت زندگی والدین بود . سازگاری با بیماری ، نیازمند تلاشهای مقابله ای قابل توجهی میباشد. تطابق مؤثر والدین با وضع موجود، کودکان را از احساس ناامیدی ناشی از درمان حفظ میکند (۱۹) .

از سوی دیگر با افزایش سن و بخصوص در سالهای اخیر و با درمانهای نوین میزان بقا و امید به زندگی بیشتر شده است (۲۰) ، به این معنی که افراد بیشتر عمر میکنند و لذا تعداد بیشتری تحت تاثیر این بیماری و عوارض متعدد آن بخصوص به لحاظ روانشناختی قرار خواهند گرفت و لذا تحقیقات بالینی نیز بیشتر به سمت افزایش کیفیت زندگی نجات یافتگان و خانواده های آنها پیش میرود (۲۱) .

بطور کلی تشخیص سرطان در یک فرد باعث ایجاد یک سری واکنشهای روانشناختی هم در فرد مبتلا و هم در اطرافیان وی میشود که این پاسخها خود شامل زیرگروههای مختلفی میشوند که هرکدام از آنها به لحاظ تاثیر مهم و عمیقی که در روند درمان و تطبیق فرد و خانواده با بیماری میگذارند همزمان با تشخیص سرطان یک نیاز بحرانی را برای سازگاری سریع با این واکنش به اصطلاح کاتاستروفیک ایجاب مینماید (۲۲) .

به همین لحاظ امروزه مراکز مختلفی در جهان برای حمایت روانشناختی از بیماران مبتلا به کانسر تشکیل شده که برنامه های آموزشی و درمانی مختلفی را در حوزه های مرتبط با بیماری اصلی و اختلال روانی ایجاد شده به دنبال آن پوشش میدهد ، بخصوص اخیراً تحقیقات گسترده ای در رابطه با اثرات سایتو کاینها در القای اختلالات رفتاری از جمله تغییرات شناختی و اضطراب و دپرسیون و خستگی در حال انجام است (۲۳) .

اما مشکل واقعی سرطان فراتر از اعداد و ارقام است (۲۴)، چراکه ثلث بیماران خود دچار افسردگی و اضطراب در حد بالینی هستند و همچنین بدلیل کمبود درآمد و لزوم تامین مخارج درمان آسیب پذیری شدیدی به عملکرد اقتصادی خانواده وارد میشود (۲۵). با اینحال از سرطان میتوان رهایی جست زیرا ۴۰٪ موارد سرطان قابل پیشگیری هستند و ثلث دیگر بیماران در صورت تشخیص بموقع قابل درمان قطعی هستند . در بقیه بیاران که غیر قابل درمان هستند انجام درمانهای حمایتی به بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنها کمک اساسی خواهد کرد (۲۳) .

بطور کلی میتوان واکنشهای روانشناختی یک فرد تازه مبتلا شده به سرطان را به ۳ فاز تقسیم نمود : ۱- فاز اول : پاسخ اولیه شامل یک واکنش خاص شبه شوک مانند که فرد سعی می کند سطح دیسترس هیجانی خود را کنترل نماید و این دوره معمولاً کمتر از یک هفته طول می کشد . ۲- فاز دوم : دوره ای از علائم مخلوط اضطراب و افسردگی و تحریک پذیری و بی خوابی و اختلال تمرکز و اختلال عملکرد که این دوره معمولاً با حمایت اطرافیان و پزشک سپری می شود و

حداکثر سه هفته طول می کشد . ۳- فاز سوم : که بیمار با تشخیص و درمان تطابق حاصل نموده و به تدریج به گذشته خود بر می گردد و استراتژی copying را که باعث استرس می شود در پیش می گیرد . (۲۶) البته پاسخ گویی بیماران به عوامل دیگری از جمله فاکتورهای اجتماعی ، فردی (شخصیت قبل از بیماری و توانایی copying و قدرت ego) و فاکتورهای بین فردی و حمایت های اجتماعی دیگران و فاکتورهای اقتصادی و مرحله سرطان نیز مربوط می شود .

(۲۷) گاهی حتی پاسخ اضطرابی تا ۵ سال ادامه پیدا میکند. به علاوه مطابق مطالعات اخیر استرس و افسردگی با تاثیر مستقیم بر سیستم ایمنی باعث شروع و پیشرفت بعضی از انواع سرطان ها و تداوم فعالیت محور HPA می شود (۲۸) .

در مجموع بیشتر اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به سرطان به خود بیماری و یا عوارض جانبی داروهای مورد استفاده مربوط می شوند ، البته بیشترین شیوع این اختلالات در میان بیماران با بیماری پیشرفته و نیز بیمارانی که پروگنوز ضعیف دارند می باشد (۲۹) . آخرین آمار شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به سرطان در بالغین ۵۰ درصد برآورد نموده است ، (اما در جمعیت خردسال تحقیقاتی در این زمینه نداریم) که حدود دو سوم آنرا adjustment disorder و ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد major depressive disorder و حدود ۱۰ درصد delerium به خود اختصاص دادند (۳۰) . مطالعاتی که بر اساس مشاوره های روانپزشکی انجام شده مشخص نموده اند که سندروم های قابل درمان مثل MDD و دلیریوم علی رغم شیوع مشخصشان در سرطان به صورت تشخیص داده نشده و درمان نشده ادامه پیدا می کنند . در مجموع ۵ علامت از ۷ علامت اصلی که در ۵۰ درصد بیماران سرطانی یافت شده به ترتیب شامل خستگی ، نگرانی ، غمگینی است . سرطان در کودکان حتی در روابط زناشویی والدین نیز تاثیر میگذارد (۲۵) . اما بطور کلی از جهت علائم روانپزشکی شایع ترین علائم به ترتیب : اضطراب ، غمگینی ، بی خوابی ، اختلال تمرکز ، اختلال جنسی ، کابوس شبانه بوده اند (۲۳) . یکی از سنگین ترین استرس های روانشناختی در جریان بیماری های بدخیم روندهای تشخیصی و

درمانی از جمله lumbar puncture و tracheostomy است که اثرات روانی شدیدی را بر روی بیمار و خانواده وی بر جا می گذارد (۳۱). از جمله علائم اضطرابی همانند اضطراب انتظار یا اضطراب مرگ که گاهاً روزها یا هفته ها قبل از انجام این روندهای تشخیصی ظهور می کند و در کودکان مبتلا به سرطان این اختلال می تواند با علائمی همانند تهوع و استفراغ و راش های پوستی و گریه و بی خوابی خود را نشان دهد، گاه حتی کودک غیر قابل کنترل شده و نیازمند مهار فیزیکی می شود (۳۲). همچنین عوارض بیوشیمیایی سرطان مانند هیپر کلسمی، هیپو کلسمی، هیپرتیروئیدیسم، هیپوگلیسمی، اختلالات آب و الکترولیت و سدیم و پتاسیم، افزایش اسید اوریک و نیز عوارض بالینی مانند مشکلات تنفسی و قلبی عروقی و ادراری و عضلانی و درد گاهها بسیار شدید و عوارض جراحی و کموتراپی همه از علل ایجاد نگرانی در بیمار و خانواده بشمار میروند (۳۳).

اما در رابطه با اثرات روانشناختی تشخیص سرطان در خانواده فرد مبتلا که موضوع این تحقیق است، با توجه به اینکه خانواده پل ارتباطی بین بیمار و سیستم درمانی بوده و بطور دائم در جریان ترس ها و ناامیدی های بیمار و نگرانی های وی در رابطه با تشخیص و درمان می باشد و خود نیز از سوی دیگر بار سنگین بیماری و مسائل دیگر از جمله مشکلات اقتصادی مرتبط درمان را باید تحمل می نماید، این مسئله بار مضاعفی را بر دوش افراد خانواده به خصوص سرپرست خانواده تحمیل می نماید (۳۴). در جریان ابتلای یک فرد به سرطان سایر اعضای خانواده دچار تغییرات متعدد در سیستم های مختلف بدن از جمله سیستم عصبی می شود (۳۵). به عبارتی وقتی زنده ماندن یکی از اعضای خانواده به خطر می افتد اضطراب بسیار شدیدی بر سایر اعضای خانواده تحمیل می شود (۳۶)، بخصوص بر مادر خانواده که در این رابطه لازم است کنترل اضطراب مادر در راستای کنترل اضطراب بیمار مبتلا صورت گیرد (۳۷). کیفیت زندگی کودک مبتلا مستقیماً به تطابق بعدی مادر و بچه ارتباط دارد (۳۸). اهمیت و پایایی واکنشهای والدین از زمان تشخیص تا پایان درمان از مسائل قابل توجه در مدیریت روانشناختی خانواده است. بطور متوسط مادران

استرس بیشتری را نسبت به پدران تجربه میکنند (۳۹). والدینی که در ۲ ماه گذشته در کودکشان سرطان تشخیص داده شده، سطوح بالاتری از اضطراب وافسردگی و مشکلات زناشویی و استرس کلی را نسبت به والدین کودکان مبتلا به سایر بیماریها تجربه میکنند (۴۰). در اینجا ذکر این نکته لازم است که سطح تحصیلات مادر در این زمینه بسیار اهمیت دارد، چراکه هر چه سطح تحصیلات مادر بالاتر باشد کنترل اضطراب مادر و به تبع آن کنترل اضطراب بیمار آسان تر خواهد بود (۴۱).

تحقیقات اخیر نشان می دهد که خانواده های بیماران مبتلا به سرطان پس از مدتی واضحاً دچار تغییراتی در سیستم قلبی عروقی از جمله فشار خون و ضربان قلب می شود که ممکن است گاهی به آنژین صدری بیانجامد (۴۲). افزایش بیماری های ویروسی از جمله ابتلا به ویروس هرپس سیمپلکس و اپشتاین بار ویروس به علت نقائصی که در سیستم ایمنی اتفاق می افتد (۴۳)، افزایش کورتیزول پلازما و افزایش کورتیزول آزاد ادراری و افزایش کورتیزول CSF و افزایش ACTH پلازما نیز تغییرات دیگری هستند که در این بیماران اتفاق می افتد (۴۴). در سیستم عصبی اختلال در حافظه و آلزایمر ASD، PTSD و panic attack از موارد قابل ذکر و بسیار شایع می باشد (۴۵). بنابراین کنترل استرس و تغییرات مختلف روانشناختی به دنبال تشخیص سرطان در فرد مبتلا از یک سو و خانواده و اطرافیان و مراقبین وی از سوی دیگر لازم و ملزوم یکدیگر هستند. حتی پس از درمان قطعی نیز به علت اثرات عمیقی که این تشخیص بر فرد و خانواده وی می گذارد، باید پیگیری های روانپزشکی ادامه داشته باشد (۴۶). نکته مهم این است که سرطان در واقع یک بیماری عمومی است و میتواند علائم بسیاری از بیماریهای دیگر را که سرطان نیستند تقلید کند (۴۷)، بنابراین وقتی سرطان تشخیص داده شد آنوقت هر چه در بیمار اتفاق می افتد به سرطان نسبت داده میشود، عبارتی خانواده با کوچکترین علامتی به عود سرطان شک میکنند (۴۸). در مجموع علاوه بر تنشهای عاطفی، خانواده با مسایل متعددی از جمله علائم بیماری، داروها و عوارض جانبی آنها، فراهم کردن اقدامات غیر دارویی مانند کمک به

کودک در جهت سرطان کنار آمدن با شرایط جدید باعث گسیختگی در برنامه های زندگی بیمار و یک یک اعضای خانواده شده و کل خانواده را با چالش روبرو میکند (۴۹). یافته ها نشان میدهد که والدین کودکان مبتلا به لوسمی در معرض کاهش سلامت جسمی و روانی مربوط به درک نارضایتی از وضعیت اقتصادی و فقدان هستند (۵۰). بنابراین فهم عملکرد والدین از نظر تطابق روانی و جسمی و تجربه تطابق آنها اهمیت زیادی در مطالعه برنامه ریزیهای بهداشتی خواهد داشت. Yamazaki و همکاران نشان دادند کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی مادران کودکان مبتلا به لوسمی نسبت به مادران کودکان سالم کاهش میابد. مطابق نتایج مطالعه Litzelman و همکاران نیز علت کاهش کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان، استرس والدی ناشی از بیماری کودک بوده و این مساله تاثیر مثبت بر سازگاری او با بیماری داشته است. اعضای خانواده به عنوان مراقب بیمار بیان شده اند. مراقبین نقش محوری در مدیریت جنبه های مختلف مراقبت از بیمار را به عهده دارند (۵۱). علیرغم اینکه مطالعات زیادی در مورد سرطان، تشخیص، درمان، سیر و حتی کیفیت زندگی مبتلایان انجام شده، در مورد والدین کودکان مبتلا به لوسمی یا سایر سرطانها، مطالعات محدودی وجود دارد (۵۲). از آنجا که مراقبت پرستاری و بهداشت کودک و خانواده بر خانواده محوری family centered care استوار شده، لذا مراقبت از کل خانواده دارای اهمیت است. مراقبت خانواده محور یکی از اساسی ترین مفاهیم پرستاری است که باعث حفظ و یکپارچگی خانواده و بنابراین ارتقای سلامت کودک و خانواده خواهد شد. بر این اساس می توان طرح های آموزشی و درمانی مختلفی را از دیدگاه روانپزشکی نوین و بر مبنای stress management interview برای این بیماران در نظر گرفت (۵۳). در واقع روانپزشکان امروزی بایستی در مشکلات اساسی بیماران سرطان از جمله روندهای مختلف تشخیصی و درمانی و نیز مشکلات روانی مانند احساس ناامیدی و اختلالات ارتباطی و تمرکز و اضطراب و ... از این تکنیک بهره بگیرند و در واقع کنترل و اداره اینگونه استرسها یکی از مهمترین و اساسی ترین مهارت های حرفه ای روانپزشکی امروزی می باشد (۵۴). تأثیرات روانی که

ابتلای کودک به سرطان در خانواده به جای میگذارد، گاهی ناتوان کننده تر از ماهیت جسمی بیماری است و از آنجا که والدین ستونهای خانواده تلقی میشوند و باید با سازگاری با بیماری، انسجام واحد خانواده را حفظ کنند؛ آموزش مهارت‌های مقابله به آنها میتواند به این هدف مهم کمک نماید و استرس مزمن را در کودک و خانواده کاهش دهد (۵۵).

اهداف و سوالات تحقیق:

هدف اصلی

هدف اصلی این طرح تعیین اثربخشی برنامه آموزش مدیریت استرس بصورت رفتاری و شناختی بر روی بهداشت روانی و تعاملات اجتماعی و عملکرد خانواده‌ی والدین کودکان با تشخیص سرطان خون و سایر بدخیمی‌ها در ۶ ماه اخیر بود.

اهداف فرعی

۲- مقایسه میانگین نمره پرسشنامه General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی‌ها قبل از اینکه آنها در دوره آموزش گروهی مدیریت استرس به روش شناختی رفتاری قرار گیرند با سه ماه بعد از آموزش.

۳- مقایسه میانگین نمره پرسشنامه General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی‌ها یکماه بعد از اینکه آنها در دوره آموزش گروهی مدیریت استرس به روش شناختی رفتاری قرار گیرند با سه ماه بعد از آموزش.

۴- مقایسه میانگین نمره پرسشنامه Family Assessment Devic (FAD) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی‌ها قبل از اینکه آنها در دوره آموزش گروهی مدیریت استرس به روش شناختی رفتاری قرار گیرند با یکماه بعد از آموزش.

۵- مقایسه میانگین نمره پرسشنامه Family Assessment Devic (FAD) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی‌ها قبل از اینکه آنها در دوره آموزش گروهی مدیریت استرس به روش شناختی رفتاری قرار گیرند با سه ماه بعد از آموزش.

۶-مقایسه میانگین نمره پرسشنامه Family Assessment Devic (FAD) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها یکماه بعد از اینکه آنها در دوره آموزش گروهی مدیریت استرس به روش شناختی رفتاری قرار گیرند با سه ماه بعد از آموزش .

سوالات پژوهش یا فرضیه ها:

H۰: میانگین نمره پرسشنامه (GHQ-28) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها قبل از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با یک ماه بعد از مطالعه متفاوت نیست .

H1 : میانگین نمره پرسشنامه (GHQ-28) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها قبل از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با یکماه بعد از مطالعه متفاوت است .

H۰: میانگین نمره پرسشنامه (GHQ-28) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها قبل از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با سه ماه بعد از مطالعه متفاوت نیست .

H1 : میانگین نمره پرسشنامه (GHQ-28) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها قبل از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با سه ماه بعد از مطالعه متفاوت است .

H۰: میانگین نمره پرسشنامه (GHQ-28) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها یکماه پس از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با یک ماه بعد از مطالعه متفاوت نیست .

H1 : میانگین نمره پرسشنامه (GHQ-28) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها یکماه پس از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با یکماه بعد از مطالعه متفاوت است .

H۰: میانگین نمره پرسشنامه (FAD) والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها قبل از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی بایکماه بعد از مطالعه متفاوت نیست .

H1 : میانگین نمره پرسشنامه (FAD) Family Assessment Devic والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها قبل از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با یکماه بعد از مطالعه متفاوت است .

H0 : میانگین نمره پرسشنامه (FAD) Family Assessment Devic والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها قبل از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با سه ماه بعد از مطالعه متفاوت نیست .

H1 : میانگین نمره پرسشنامه (FAD) Family Assessment Devic والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها قبل از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با سه ماه بعد از مطالعه متفاوت است .

H0 : میانگین نمره پرسشنامه (FAD) Family Assessment Devic والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفو و سایر بدخیمی ها یکماه پس از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با سه ماه بعد از مطالعه متفاوت نیست .

H1 : میانگین نمره پرسشنامه (FAD) Family Assessment Devic والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفو و سایر بدخیمی ها یکماه پس از آموزش مدیریت استرس بطور گروهی با سه ماه بعد از مطالعه متفاوت است .

تعاریف:

پرسشنامه (GHQ-28) General Health Questionnare-28 : پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاسهای مذکور عبارتند از:

۱-مقیاس علائم جسمانی

۲-مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب

۳-مقیاس کارکرد اجتماعی

۴-مقیاس علائم افسردگی

از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع بندی نمرات به الف نمره ۱، ب ۲، ج ۳ و د نمره ۴ تعلق میگیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است.

نمرات برش در هریک از خرده مقیاسهای پرسشنامه GHO

خرده مقیاس ها	نمرات در خرده مقیاس ها	نمرات در کل پرسشنامه
هیچ یا کمترین حد	۰-۶	۰-۲۲
خفیف	۷-۱۱	۲۳-۴۰
متوسط	۱۲-۱۶	۴۱-۶۰
شدید	۱۷-۲۱	۶۱-۸۴

پرسشنامه (Family Assessment Devic (FAD : با ۶۰ سوال ۴ جوابی برای بررسی عملکرد

خانواده خصوصیات ساختاری و شغلی و تعاملی خانواده را معین میکند. خرده مقیاسها شامل :

- حل مشکل

عبارت است از توانایی خانواده برای حل مسئله به گونه ای که تعاملات موثر خانواده استمرار یابد.

سؤالاتی که خرده مقیاس حل مشکل را در تست ابزار سنجش خانواده اندازه می گیرند، عبارتند از:

۲، ۱۲، ۲۴، ۳۸، ۵۰، ۶۰، که در کل ۶ سؤال است.

- نقش ها

عبارت است از الگوهای تکراری از رفتار ها که افراد به وسیله آنها کنش های خانواده را تحقق می

بخشند. سؤالاتی که خرده مقیاس نقش ها را در تست ابزار سنجش خانواده اندازه می گیرند،

عبارتند از : ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۳، ۳۰، ۳۴، ۴۰، ۴۵، ۵۳، که در کل ۹ سؤال است.

- همراهی عاطفی

به درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به هم گفته می شود سؤالاتی که خرده

مقیاس همراهی عاطفی را در تست ابزار سنجش خانواده اندازه می گیرند. عبارت اند از: ۵، ۹، ۱۹،

۲۸، ۳۵، ۳۹، ۴۹، ۵۷، و در کل ۸ سؤال است.

- ارتباط

یعنی خانواده چگونه اطلاعات را مبادله میکند پژوهشگران و نویسندگان ارتباط را به دو بخش

کلامی و غیر کلامی تقسیم کرده اند. سؤالاتی که خرده مقیاس ارتباط را در تست ابزار سنجش

خانواده اندازه می گیرد عبارت اند از ۳، ۱۴، ۱۸، ۲۹، ۴۳، ۵۲، ۵۹، و در کل ۷ سؤال است.

- آمیزش عاطفی

به میزان مشارکت و همکاری اعضا در خانواده گفته می شود. سؤالاتی که خرده مقیاس آمیزش

عاطفی را در تست ابزار سنجش خانواده اندازه می گیرند، عبارتند از، ۱۲، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۳۳، ۳۷،

۴۲، ۵۴، که در کل ۸ سؤال است.

- کنترل رفتار

الگویی است که خانواده برای اداره کردن رفتار در سه موقعیت جسمانی، روانی، زیستی، اجتماعی)

اتخاذ می کند. سؤالاتی که خرده مقیاس کنترل رفتار را در تست ابزار سنجش خانواده

اندازه می گیرند، عبارتند از، ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۹، ۵۱، ۵۶، که در کل ۱۳

سؤال است.

لذا تست سنجش خانواده تناسب با این شش بعد از شش خرده مقیاس برای سنجیدن آنها به علاوه یک خرده مقیاس دیگر مرتبط با عملکرد کلی خانواده تشکیل شده است. یک مقیاس درجه بندی بالینی هم وجود دارد که مشاوران و متخصصان بالینی از آن برای سنجیدن عملکرد خانواده استفاده می کنند (ثنایی، ۱۳۷۹).

فصل دوم

(مواد و روش ها)

نوع پژوهش:

این بررسی یک مطالعه مداخله ای بالینی میباشد.

جامعه پژوهش روش نمونه گیری :

جامعه مورد مطالعه تعداد ۲۸ نفر از والدین کودکان مبتلا سرطان بود که با تماس تلفنی با استفاده از پرونده مربوط به بخش شیمی درمانی بیمارستان قدس دعوت گردیدند . ۳ نفر از والدین بعثت عدم تمایل برای شرکت در جلسات از مطالعه خارج شدند .

معیارهای ورود: داشتن کودک مبتلا به سرطان در یکسال اخیر و حداقل سواد خواندن و نوشتن
معیار های خروج : داشتن بیماری روانپریشی و اعتیاد به مواد مخدر و غیبت حداقل یک جلسه در کلاس گروهی بود .

روش اجرا:

ابتدا تعداد ۲۸ نفر از والدین کودکان مبتلا سرطان با تماس تلفنی با استفاده از پرونده مربوط به بخش شیمی درمانی بیمارستان قدس دعوت گردیدند . ۳ نفر از والدین بعثت عدم تمایل برای شرکت در جلسات از مطالعه خارج شدند . معیارهای ورود داشتن کودک مبتلا به سرطان در یکسال اخیر و حداقل سواد خواندن و نوشتن و معیار خروج داشتن بیماری روانپریشی و اعتیاد به مواد مخدر و غیبت حداقل یک جلسه در کلاس گروهی بود . شرکت کنندگان پس از اخذ رضایتنامه کتبی جهت شرکت در پژوهش توسط فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و دستیار روان پزشکی در محل بیمارستان قدس انتخاب شدند . سپس پرسش نامه های General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) و Family Assessment Devic (FAD) قبل از شروع کلاس های آموزش گروهی مدیریت استرس به روش شناختی رفتاری توسط والدین تکمیل گردید . سپس در ۴ جلسه آموزش گروهی ۹۰ دقیقه ای مدیریت استرس بر مبنای آموزش

رفتاری شناختی که توسط فوق تخصص روانپزشکی کودکان برگزار شد، شرکت کردند و در پایان ۱۵ دقیقه جهت پاسخگویی به سوالات شرکت کردند. پس از پایان هر جلسه تکلیف شب جهت خانه به ایشان داده شد گان اختصاص داده شد. در ابتدای هر جلسه به مدت ۱۰ دقیقه به پرسش های جلسه قبل شرکت کنندگان پاسخ داده شده و در نهایت پس از انجام کلیه جلسات دوباره پرسش نامه های (Family و General Health Questionnaire-28(GHQ-28) Assessment Devic (FAD) پر گردید. نمره میانگین پرسش نامه های قبل و یکماه بعد و ۳ ماه بعد از آموزش توسط نرم افزار SPSS ۲۱ مورد آنالیز قرار گرفت.

معیارهای خروج جهت این پژوهش شامل عدم رضایتنامه کتبی شرکت کنندگان برای اجرای طرح و عدم کامل کردن کلی جلسات آموزش گروهی (۴ جلسه) و عدم پر کردن هر ۲ پرسشنامه قبل و یکماه بعد و ۳ ماه بعد از آموزش گروهی بود و نتایج بوسیله نرم افزار SPSS ۲۱ مورد آنالیز قرار گرفت.

محتوای جلسات آموزشی:

محتوای جلسات بطور کلی شامل شناخت بیماریهای بدخیم دوران کودکی و پرداختن به استرس والدین و آموزش مدیریت استرس و تکنیکهای مختلف آرامبخشی بود. این جلسات در مطالعه ما شامل ۴ جلسه ۱/۵ ساعته بود که طی هر جلسه مرور جلسات گذشته انجام میشد و بازخورد و مشکلات شرکت کنندگان مورد بحث قرار گرفت. جلسات در مرکز آموزشی درمانی قدس قزوین و توسط فوق تخصص روانپزشکی اطفال و دستیار روانپزشکی برگزار گردید. ابزار مورد نیاز، استفاده از تخته سفید و ماژیک و نقش بازی کردن در جلسات بوده و در انتهای جلسات پرسشنامه های مربوطه و تکالیف مربوط به هر جلسه بصورت کتبی در اختیار شرکت کنندگان قرار میگرفت.

محتوای جلسات با شرح جزئیات:

جلسه اول با خوشامدگویی و معرفی افراد برگزارکننده و شرکت کننده و نوع بیماری کودک ، زمان ابتلا و بیان احساسات خود در زمان تشخیص و مراحل درمانی و نیز نحوه برگزاری و اهداف جلسات آغاز گردید و سپس به معرفی کلی بدخیمی های دوران کودکی و تاثیرات مختلفی که بروز بدخیمی در خانواده فرد مبتلا میگذارد و اهمیت مدیریت این تاثیرات پرداخته شد ، به شرکت کنندگان در رابطه با تعریف استرس و اینکه چرا افراد دچار استرس میشوند و مواجهه با عوامل استرس زا و پاسخهای مختلف بدن به استرس (پاسخ جسمی و ذهنی و رفتاری) و تکنیکهای آرام سازی موثر آموزش داده شد . ابزار مورد نیاز ، استفاده از تخته سفید و ماژیک و نقش بازی کردن در جلسات بوده و در انتهای جلسه اول فرمهای تکالیف مربوطه در منزل و ثبت آنها بصورت کتبی به شرکت کنندگان داده شد که فرمهای مربوطه در ضمیمه پیوست گردیده است . در پایان جلسه اول به پرسشهای شرکت کنندگان در این زمینه پاسخ داده شد .

جلسه دوم با بررسی تکالیف جلسه قبل آغاز گردید . سپس در مورد تعریف و شناخت رابطه افکار و احساسات و افکار کارآمد و ناکارآمد و سبک های غلط فکر کردن و جمع آوری شواهد و جایگزینی افکار کارآمد و واقع بینانه ، راهکارهای کنترل استرس ، کنترل افکارمنفی ، راههای بهبود اختلال خواب و مشکلات مشابه آموزش داده شد . در انتهای جلسه دوم نیز فرمهای انجام تکالیف مربوطه در منزل و ثبت آنها بصورت کتبی به شرکت کنندگان داده شد که فرمهای مربوطه در ضمیمه پیوست گردیده است . در پایان جلسه دوم به پرسشهای شرکت کنندگان در این زمینه پاسخ داده شد .

جلسه سوم با مرور جلسات گذشته و بررسی تکالیف منزل شروع شد . سپس در مورد نردبان مواجهه و ساخت آن و آموزش روش حل مساله و یافتن مساله (مشکل) و بهترین راه حلها و ارزیابی نتایج احتمالی آموزشهای لازم داده شد . سپس به پرسشهای شرکت کنندگان در این

زمینه پاسخ داده شد. در انتهای جلسه سوم فرمهای انجام تکالیف مربوطه در منزل و ثبت آنها بصورت کتبی به شرکت کنندگان داده شد که فرمهای مربوطه در ضمیمه پیوست گردیده است.

جلسه چهارم در مورد مدیریت زمان بخصوص در افراد شاغل و با توجه به پروسه طولانی تشخیص و درمان این کودکان و چگونگی اولویت بندی توضیح داده شد. سپس جلسه با بیان وضعیت شرکت کنندگان در صورت تمایل و نگرانیها و دغدغه های مختلف آنها و پیشنهادات ادامه یافت. در انتهای جلسه سوم مرور کلیه جلسات انجام شد.

در آخر از همکاری و تعامل والدین گرامی در این مطالعه تشکر و قدردانی به عمل آمد.

والدین کودکان مبتلا به لوسمی، لنفوم و سایر بدخیمی ها در ابتدا و قبل از شروع آموزش و یکماه پس از اتمام جلسات به پرسشنامه های -General Health Questionnaire (GHQ-28) و Family Assessment Devic (FAD) و سه ماه بعد با والدین مجددا تماس گرفته شد و از آنها برای شرکت در جلسه پرسش و پاسخ و تکمیل پرسشنامه دعوت بعمل آمد که ۲۱ نفر حضور یافتند و پرسشنامه ها را تکمیل کردند و با ۴ نفر تماس تلفنی گرفته شد و پس از تماس موفق با ۴ نفر پرسشنامه های آنها تکمیل گردید. سپس تاثیر آموزش شناختی رفتاری در مدیریت استرس بر والدین کودکان مبتلا به بدخیمی به روش آنالیز T- Test بررسی شد.

معیارهای ورود و خروج:

معیارهای ورود به مطالعه: معیارهای ورود داشتن کودک مبتلا به سرطان در یکسال اخیر و حداقل سواد خواندن و نوشتن بود.

معیارهای خروج: معیار خروج داشتن بیماری روانپریشی و اعتیاد به مواد مخدر و غیبت حداقل یک جلسه در کلاس گروهی بود.

ابزار و روش گردآوری داده ها:

پرسشنامه (General Health Questionnaire-28 (GHQ-28 شامل ۲۸ سوال میباشد که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می پردازد و شامل نشانه ها یی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن ها دارای ۷ سؤال است . سؤال های هر خرده آزمون به ترتیب و پشت سر هم آمده است ، به نحوی که سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه های جسمانی ، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بیخوابی ، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است . تمام گویه های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند . در مطالعه ما گزینه های آزمون به روش (۱،۲،۳،۴) نمره گذاری شدند و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر بود. در این تست نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است .

روایی و پایایی پرسشنامه (General Health Questionnaire-28 (GHQ-28 :

گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ پایایی به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند . چان (۱۹۸۵) پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجوی هنر کنگ ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد . رابینسون و پرایس (۱۹۸۶) از ۱۰۳ بیمار که قبلاً سکت قلبی کرده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه ، پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند . تحلیل نتایج ، ضریب پایایی ۰/۹۰ را به دست داد . تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی ، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد . همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت روانی از روش های روایی

همزمان استفاده شد که در آنسیتو روانپزشکی تهران توسط دکتر نوربالا و همکاران استاندارد شده است .

پرسشنامه Family Assessment Devic (FAD) شامل ۶۰ سوال ۴ جوابی میباشد . این مدل شش بعد مهم از کارکرد خانواده را که اغلب نمود بالینی پیدا می کنند مد نظر قرار می دهد . این شش بعد عبارتند از : حل مسأله ، ارتباطات ، نقش ها ، پاسخگویی عاطفی ، درگیری عاطفی و کنترل رفتاری . به هر سوال ۱ تا ۴ نمره با استفاده از این کلید داده می شود. قویا موافق = ۱ ، موافق = ۲ ، مخالف = ۳ ، قویا مخالف = ۴ . به سوالات (یا عباراتی) که توصیف عملکرد ناسالم اند ، یعنی سوالات شماره ۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۸، نمره معکوس داده می شود . نمرات کمتر نشانه عملکرد سالمتر است . معدل پاسخ به سوالها که هر یک بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) می شود ، برای بدست آوردن نمرات هفت مقیاس محاسبه می گردد . این ابزار کلید و برگ پاسخنامه ای دارد که فرایند نمره گذاری آن و مشخص کردن سوالهای هر خرده مقیاس را نسبتاً آسان می کند . درجه ای که بین عدد ۱ تا ۴ قرار میگیرد ، نشانگر این مسئله است که یک فرد در خانواده نیازمند کمکهای بالینی است یا به طور کلی خانواده نیازمند کمکهای بالینی میباشد . درجه بین ۵ و ۷ در هر مقیاس نشان میدهد که اختلالات در هر زمینه جزئی و نا چیز است و نیازمند کمک کلینیکی یا بالینی نیست .

روایی و پایایی در تست (FAD) Family Assessment Devic :

این آزمون پس از تهیه توسط اپستین، بالدوین، بیشارب در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ی ۵۰۳ نفری اجرا شد . دامنه ی آلفای زیر مجموعه های آن بین ۰/۷۲ و ۰/۹۲ است که حاکی از همسانی درونی نسبتاً خوب آن است محاسبه ی اعتبار FAD نیز نشان داد که این آزمون توانسته اعضای خانواده های غیر بالینی و خانواده های بالینی را در هفت خرده مقیاس خود از یکدیگر متمایز

سازد نتایج پژوهش مذکور در سطح ۰/۰۰۱ معنا دار بود. در ایران نیز در پژوهش میر عنایت (۱۳۷۸) ضرایب آلفای خرده مقیاس ابزار سنجش خانواده را از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ به دست آورد که از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. در ایران پژوهش امینی (۱۳۷۹) ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده مقیاس های حل مشکل، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی به ترتیب، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۶۵، و ۰/۸۱ گزارش شده است (۵۸) و (۵۹).

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

در این پژوهش از شاخصهای آمار توصیفی، تحلیل آماری واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد و اطلاعات از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی:

این تحقیق با آگاهی کامل شرکت کنندگان صورت گرفت و کلیه آزمونها و آموزشها پس از کسب رضایت نامه آگاهانه و بدون دریافت هزینه بود.

جدول ۱-۲ متغیرها :

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
آموزش گروهی مدیریت استرس والدین	*				*		براساس نمره کسب شده از آزمونهای FAD و GHQ	معیارهای FAD و GHQ
اضطراب		*	*				براساس نمره کسب شده از آزمونهای FAD و GHQ	معیارهای FAD و GHQ
سلامتی عمومی		*	*				براساس نمره کسب شده از آزمونهای FAD و GHQ	معیارهای FAD و GHQ
تطابق		*	*				براساس نمره کسب شده از آزمونهای FAD و GHQ	معیارهای FAD و GHQ
تعاملات اجتماعی		*	*				براساس نمره کسب شده از آزمونهای FAD و GHQ	معیارهای FAD و GHQ

فصل سوم

(نتایج)

یافته های پژوهش :

نتایج : در مطالعه حاضر ۲۵ والد در جلسات آموزشی شرکت کردند و شرکت کنندگان قبل از آموزش و یکماه پس از اتمام جلسات آموزشی و ۳ ماه بعد بر اساس دو پرسشنامه (GHQ) و (FAD) بررسی شدند .

شش دسته علائم قبل از مداخله آموزشی بر اساس پرسشنامه (FAD) بررسی شدند که میانگین نمره حل مساله $2/01 \pm 0/94$ و برای ارتباط خانوادگی $2/6 \pm 0/83$ و برای نقش های خانوادگی $2/34 \pm 3/04$ و برای درگیری های عاطفی $2/37 \pm 1/15$ و برای کنترل رفتار $2/52 \pm 0/66$ و برای واکنش های عاطفی $2/3 \pm 0/81$ بود . میانگین نمره کلی نیز $2/42 \pm 0/71$ بود .

میانگین هر دسته علائم یکماه پس از مداخله آموزشی برای حل مساله $1/85 \pm 0/98$ و برای ارتباط خانوادگی $2/13 \pm 0/81$ و برای نقش های خانوادگی $2/29 \pm 0/59$ و برای درگیری های عاطفی $1/03 \pm 2/31$ و برای کنترل رفتار $2/58 \pm 0/65$ و برای واکنش های عاطفی $2/35 \pm 0/89$ بود . میانگین نمره کلی نیز $2/13 \pm 0/73$ بود .

سه ماه پس از مداخله مجددا شش دسته علائم بر اساس پرسشنامه (FAD) بررسی شدند که میانگین نمرات برای حل مساله $1/92 \pm 1/04$ و برای ارتباط خانواده $2/04 \pm 0/86$ و برای نقش های خانوادگی $2/30 \pm 0/56$ و برای درگیری عاطفی $2/29 \pm 2/29$ و برای کنترل رفتار $2/61 \pm 0/61$ و برای واکنش عاطفی $2/42 \pm 0/92$ مشاهده گردید . میانگین کلی پرسشنامه نیز سه ماه پس از آموزش $2/04 \pm 0/58$ بود (جداول ۴-۳ الی ۲۴-۳ ضمیمه و نمودارهای مربوطه) .

از لحاظ آماری بر اساس آزمون T- Test در مجموع حوزه ها در مقایسه تغییرات قبل از آموزش و یکماه پس از آن ، کاهش میانگین کل به میزان $0/12$ مشاهده گردید که با توجه به مقدار احتمال $P < 0/05$ تفاوت میانگین معنی دار است و فرضیه H_0 مورد پذیرش نیست .

اما در بررسی قبل از مداخله با یک ماه پس از مداخله حوزه های مختلف به تفکیک با توجه به مقدار احتمال $P < 0/05$ فقط تغییر مشاهده شده در حوزه حل مساله و کنترل رفتار معنی دار است و در حوزه حل مساله و کنترل رفتار فرضیه H_0 مورد پذیرش نیست ، اما در سایر حوزه ها با توجه به مقدار احتمال تفاوت مشاهده شده معنی دار نیست و تصادفی است ودلائل کافی برای رد فرضیه H_0 وجود ندارد .

از لحاظ آماری بر اساس آزمون T- Test در مجموع حوزه ها در مقایسه تغییرات قبل از آموزش و سه ماه پس از آن ، کاهش میانگین کل به میزان $0/19$ مشاهده گردید که با توجه به مقدار احتمال $P > 0/05$ تفاوت میانگین معنی دار نیست و تصادفی است ودلائل کافی برای رد فرضیه H_0 وجود ندارد .

از لحاظ آماری بر اساس آزمون T- Test در مجموع حوزه ها در مقایسه تغییرات یکماه پس از آموزش و سه ماه پس از آن ، کاهش میانگین کل به میزان $0/72$ مشاهده گردید که با توجه به مقدار احتمال $P > 0/05$ تفاوت میانگین معنی دار نیست و تصادفی است ودلائل کافی برای رد فرضیه H_0 وجود ندارد .

در پرسشنامه (GHQ) نیز چهار دسته علائم بررسی شدند که میانگین نمرات قبل از بیماری برای علائم جسمانی $14/96 \pm 4/22$ و برای اضطراب و بیخوابی $16/36 \pm 4/77$ و برای اختلال کارکرد $16/4 \pm 4$ و برای افسردگی $1/04 \pm 3/57$ بود . میانگین کلی پرسشنامه نیز $58/52 \pm 14/30$ بود .

یکماه پس از آموزش نیز مجدداً میانگین نمرات پرسشنامه بررسی شدند که برای علائم جسمانی $14/04 \pm 4/11$ و برای اضطراب و بیخوابی $15/48 \pm 4/66$ و برای اختلال کارکرد $15/72 \pm 3/58$ و برای علائم افسردگی $4/92 \pm 10$ بود . میانگین کلی نیز $55/64 \pm 14/11$ بود .

سه ماه پس از آموزش نیز مجدداً پرسشنامه بررسی گردید و میانگین نمره برای علائم جسمانی $14/44 \pm 3/99$ و برای اضطراب و بیخوابی $16/2 \pm 4/89$ و برای اختلال کارکرد $15/84 \pm 4/3$ و افسردگی $10/68 \pm 4/61$ و میانگین کلی پرسشنامه نیز $55/96 \pm 14/02$ بود (جداول ۳-۲۵ الی ۳-۳۹ ضمیمه و نمودارهای مربوطه) .

از لحاظ آماری بر اساس آزمون T-Test یکماه پس از آموزش ، در میانگین کلی پرسشنامه و نیز در حوزه های علائم جسمانی و نیز اضطراب و بیخوابی و اختلال کارکرد ، با توجه به مقدار احتمال $P < 0/05$ تغییرات معنی دار مشاهده گردید ، لذا فرضیه H_0 در این حالت قابل پذیرش نیست . در حوزه افسردگی با توجه به مقدار احتمال $P > 0/05$ تغییرات مشاهده شده معنی دار نبوده و تصادفی است .

از لحاظ آماری بر اساس آزمون T-Test برای مقایسه تغییرات قبل از آموزش و سه ماه پس از آموزش ، از لحاظ کلی با توجه به مقدار احتمال $P < 0/05$ تغییرات مشاهده شده معنی دار بوده بنابراین فرضیه H_0 مورد پذیرش نیست . ولی در کلیه زیر حوزه به تفکیک معنادار نمی باشد

اما بر اساس آزمون T-Test برای مقایسه تغییرات یکماه پس از آموزش و سه ماه پس از آموزش در تمام حوزه ها و نیز میانگین کلی پرسشنامه با توجه به مقدار احتمال تغییرات مشاهده شده معنی دار نبوده بنابراین فرضیه H_0 مورد پذیرش است .

جدول ۲-۳: مقایسه مقدار احتمال در پرسشنامه FAD در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مطالعه

P-value	قبل از مداخله با یکماه بعد	قبل از مداخله با سه ماه بعد	یکماه بعد از مداخله با سه ماه بعد
حل مساله	۰,۰۰۳	۰,۳۱۳	۰,۲۹۳
ارتباط والدین	۰,۲۹۹	۰,۰۰۵	۰,۰۵۶
نقشهای خانواده	۰,۵۴۱	۰,۶۵۹	۰,۶۷۰
درگیریهای عاطفی	۰,۰۵۵	۰,۱۵۹	۰,۷۴۵
کنترل رفتار	۰,۰۳۳	۰,۳۷۱	۰,۸۳۲
میانگین کلی	۰,۰۱	۰,۰۰۱	۰,۱۸۳

جدول ۳-۳: مقایسه مقدار احتمال در پرسشنامه GHQ در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مطالعه

P-value	قبل از مداخله با یکماه بعد	قبل از مداخله با سه ماه بعد	یکماه بعد از مداخله با سه ماه بعد
علائم جسمانی	۰,۰۰۳	۰,۱۳۶	۰,۳۰۱
اضطراب و بیخوابی	۰,۰۰۴	۰,۷۰۱	۰,۱۹۰
اختلال کارکرد	۰,۳۵۹	۰,۴۵۲	۰,۸۴۵
افسردگی	۰,۶۷۹	۰,۷۵۹	۰,۲۸۰
نمره کلی	۰,۰۲۵	۰,۰۳۴	۰,۳۲۷

فصل چهارم

(بحث و نتیجه گیری)

بحث و تفسیر نتایج پژوهش:

مشارکت والدین و خانواده ها از جنبه های مهم برنامه درمان کودکان مبتلا به لوسمی ، لنفوم و سایر بدخیمی ها است . در کنار درمانهای اصلی دارویی و رادیوتراپی و ... آموزش والدین کودکان مبتلا در زمینه کنترل و مدیریت استرس می تواند بعنوان بخشی از مداخلات درمانی قرار بگیرد . این نوع مداخلات می تواند در کمک به خانواده در جهت افزایش توانایی حل مساله و کاهش واکنشهای عاطفی و افزایش تعامل عاطفی در مسایل مربوط به خانواده از جمله بیماری کودک مبتلا و نیز افزایش مهارت کنترل رفتار و مدیریت و بهینه سازی ارتباطات با دیگران و نیز مدیریت نقش های خانوادگی موثر باشد . بعبارتی افزایش توانایی مدیریت استرس در خانواده میتواند در کاهش علائم خلقی و نشانه های مختلف روحی و جسمانی و نیز واکنشهای متعدد اضطرابی از جمله اختلال استرس پس از سانحه و در نهایت سازگاری بهتر با تجربه جدید مفید باشد . با این حال نقش این نوع آموزش در به حداکثر رساندن نتایج ناشناخته است ، چراکه مطالعات سیستماتیک چندانی در رابطه با درمانهای شناختی رفتاری برای مدیریت استرس والدین با کودک سرطانی چه در ایران و چه در سایر کشورها انجام نشده و در مطالعات محدود و کوچکی نیز که در حال حاضر منتشر گردیده ، تاثیر برنامه مدیریت استرس به تفکیک علائم انجام نشده است .

در مورد عملکردهای خانوادگی مطالعات شامل:

۱- مطالعه Sahle و همکاران کاربرد Problem solving skills therapy بخصوص در مادران کودکانی که به تازگی در آنها تشخیص سرطان داده شده (۹۲ مادر انتخاب شده بصورت تصادفی همراه با گروه کنترل) و پس از ۸ هفته مادران گروه PSST تغییرات قابل توجه بصورت افزایش مهارتهای حل مساله و کاهش قابل توجه در عواطف منفی در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند (۵۶) .

۲- در مطالعه Austine Williamson و همکاران مادران دچار استرس بیشتر و حمایت کمتر ، لذت کمتری از زندگی و مشاجرات خانوادگی بیشتری را گزارش کردند و حمایت عاطفی باعث تعدیل ارتباطات خانوادگی و کاهش عواطف منفی گردید (۵۷) .

۳- بر طبق نتایج مطالعه Peter . c . trak و همکاران خانواده بهم پیوسته و حمایتهای اجتماعی در سازگاری افراد خانواده کودک مبتلا به سرطان نقش اساسی دارد و تطابق بیشتر و بهترو استراتژیهای دفاعی سازگاران تر و دیسترس کمتر را به همراه خواهد داشت (۵۸) .

۴-در مطالعه Tong و همکاران بر لزوم مداخلات روانشناختی برای بهبود outcome تاکید شده است (۵۹) و (۶۰) .

در مطالعه ما در مورد حوزه‌های مختلف عملکرد خانوادگی بطور کلی برنامه مدیریت استرس موثر می باشد که این تاثیر را در مورد زیر حوزه های حل مسئله و کنترل رفتار بطور بارزتری می توان مشاهده کرد گرچه به نظر میرسد در مورد ارتباط والدین این تاثیر با گذشت زمان به طور مطلوب تری بدست میاید از طرفی در مورد در نقشهای والدین و در کیری های عاطفی به نظر میرسد روش مدیریت استرس به روش شناختی تاثیر جندانی در مطالعه ما نداشته است شاید استفاده از سایر روشهای آموزشی و زمانهای بررسی طولانی تر برای رسیدن به تاثیر مطلوب در این دو زمینه نیاز باشد.

مطالعات مربوط به سلامت عمومی و روانی شامل:

۱- مطالعه Erinr Rodriguez و همکاران مادران مبتلا به سرطان میزان بالاتری از اختلال مکانسیم های دفاعی و علائم افسردگی را داشتند که پس از انجام درمان شناختی رفتاری ، افزایش مهارت و ارتقا مکانسیم های دفاعی و کاهش علائم افسردگی را نشان دادند (۶۱) .

۲-در مطالعه Melissa . k . cousine و همکاران با بررسی ۱۳ متانالیز و ۹۶ مطالعه آنالیز کیفی خاطر نشان کرد که استرس والدین کودکان مبتلا به بیماری های مزمن باید هدف مداخلات رفتاری شناختی در آینده قرار گیرند (۶۲) .

۳-در مطالعه Anne . e . kazak در والدین کودکانی که بتازگی در آنها تشخیص سرطان داده شده بود ، برنامه مداخلات روانشناختی کوتاه مدت قبل و ۲ ماه بعد در کاهش علائم اضطراب و استرس پس از سانحه بصورت قابل توجهی موثر نشان داده شدند (۶۳) .

۴-در مطالعه Sharon manne حدود ۲۰ درصد مادران علائم دیسترس قابل توجه در جریان بیماری هماتولوژیک فرزند خودرا نشان دادند . یک سوم آنها نیز معیارهای استرس پس از سانحه مزمن را بروز دادند . این مادران جوانتر بوده و سطح دیسترس بالاتری داشته و در نتیجه مستعد افسردگی بخصوص در طول دوره پیوند هستند . در نتیجه برنامه آموزش مدیریت استرس و نقش درمان شناختی رفتاری و حمایتی اجتماعی در استرس پس از سانحه بدنبال تشخیص و پیوند در مادران این کودکان مورد نیاز است (۶۴) .

۵-در مطالعه Holly و همکاران نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری می تواند آسیب سایکولوژیکال را در افراد در معرض خطر از جمله والدین کودکان مبتلا به سرطان کاهش دهد (۶۵).

۶- SHARON و همکاران ۵۵ والد را که در ۶ ماه گذشته بیماری فرزند آنها تشخیص داده شده بود و علائم افسردگی داشتند مورد مطالعه قرار دادند و خاطر نشان کردند که این مادران از مداخله زودهنگام شامل درمان شناختی رفتاری برای کاهش استرس و اضطراب و افزایش قدرت تطابق سود خواهند برد (۶۶).

۷- Mary best و همکاران در مطالعه خود دریافتند والدین با سطح اضطراب بالاتر در معرض خطر استرس پس از سانحه هستند و ممکن است از برنامه های مدیریت استرس در طول زمان درمان و پس از آن سود ببرند (۶۷).

در مطالعه ما در مورد حوزه کلی سلامت عمومی مدیریت استرس به روش شناختی بر عملکرد کلی کنترل علائم جسمی و بهبود خواب تاثیر مناسبی داشته ولی بر عملکرد کلی و کنترل افسردگی شرکت کنندگان تاثیر مطلوبی نداشته است که با سایرین مطالعات فوق در این زمینه مغایرت دارد گرچه این مطالعات روشهای متفاوتی را بکار بسته اند شاید جهت بهبود افسردگی و افزایش عملکرد، مداخله زود هنگام قبل از گذشت ۶ ماه از تشخیص بیماری و یا استفاده از روشهایی همچون روش درمانی مبتنی بر پذیرش را می طلبد.

در مورد حوزه کلی تاثیر مدیریت استرس به روش شناختی گروهی مطالعات شامل:

۱-مطالعه Monika miklosi و همکاران پس از بررسی ۱۱۴ کودک مبتلا به بیماریهای مزمن و نیازمند جراحی خاطر نشان کرد تکنیک های رفتاری شناختی باعث افزایش Self efficacy و کاهش اضطراب والدین پس از جراحی در کودک مبتلا خواهد شد (۶۸).

۲-در مطالعه Erine Rodriguez و همکاران بر لزوم انجام مداخلات شناختی رفتاری جهت کنترل استرس در خانواده کودکان مبتلا به سرطان تاکید شده است (۶۹).

۳-در مطالعه Cm . jantien و همکاران ایجاد واکنشهای استرس زا در والدین بدنبال تشخیص سرطان در کودک بویژه در حوالی زمان تشخیص و بخصوص در مادران و لزوم مداخلات شناختی رفتاری در این زمینه تاکید شده است (۷۰).

۴-در مطالعه Anne . e kazak حوزه درک و کاهش درد پروسه های دردناک و عواقب دراز مدت بیماری و تشخیص استرس در زمان تشخیص و اهمیت ارتباط اجتماعی در خانواده های کودکان سرطانی مورد مطالعه قرار گرفت . دراین مطالعه تاثیر قوی حمایت در پروسه های دردناک و دیسترس ناشی از آنها نشان داده شده است . هر چند تاثیر کامل در خانواده و کودک باید در نظر باشد ، اما مطالعه مبتنی بر شواهد ، مداخله سایکولوژیکال در طی و بعد از درمان را نیز خاطر نشان کرد . بخصوص توانایی تطابق در مواقع وجود موقعیتهای اورژانس (۷۱) .

۵-Judish و همکاران بر اهمیت تشخیص زودرس و درمان استرس پس از سانحه در والدین کودکان مبتلا به سرطان تاکید کردند (۷۲) .

در مطالعه ما به طور کلی به نظر میرسد روش مدیریت استرس به روش شناختی بر کاهش استرس و سلامت عمومی تاثیر داشته است ولیکن با توجه به اینکه در این مطالعه شرکت کنندگان والدین مبتلا به بدخیمی های متفاوت بودند و این بدخیمها از نظر ماهیت بیماری و پیش آگهی و امید به زندگی متفاوت هستند و این خود واکنشهای استرس زای با شدت های متفاوت را سبب می شوداز طرفی در گیری با مسائل استرس زا یی همچون سرطان فرزندان در چند ماه اول در گیری های عاطفی زیاد تری را ایجاد می کند به نظر میرسد عدم پاسخ مناسب در حوزه های نافذی همچون درگیری های عاطفی و نقشهای خانوادگی و بهبود افسردگی قابل انتظار می باشد.

از نقاط مثبت این مطالعه تعدادمحدود مطالعات در این زمینه به تفکیک نوع علائم در ایران و سایر کشورهاست .

نتیجه گیری کلی :

در مطالعه ما آموزش مدیریت استرس به روش شناختی شناختی والدین کودکان مبتلا به بدخیمی ها بر بهبود سلامت عمومی و عملکرد کلی خانواده تاثیر داشت . و بهبود حل مسئله و کنترل رفتار خانواده و کاهش علائم جسمانی و بهبود کیفیت خواب که از علائم استرس می باشد را سبب می شود.

محدودیتها : این پژوهش با محدودیتهایی همراه بود از جمله اینکه جامعه آماری این پژوهش فقط والدین کودکان مبتلا به سرطان بودند که در بخش فوق تخصصی خون و انکولوژی مرکز آموزشی درمانی قدس تحت درمان و پیگیری بودند لذا امکان تعمیم این پژوهش به علت محدودیت در انتخاب و حجم نمونه گیری به جامعه بزرگتر وجود ندارد . بعلاوه به علت کم بودن

حجم نمونه امکان کنترل عواملی مانند مدت کوتاه پس از شروع بیماری حداقل به میزان سه ماه و نوع بدخیمی و سطح تحصیلات والدین و شغل آنها و سطح اجتماعی فرهنگی میسر نشد.

محدودیت دیگر انجام مطالعه عدم وجود گروه کنترل بود که در صورت وجود نتایج قابلیت تعمیم دهی بیشتری را شامل می شد.

پیشنهادهات:

پیشنهاد میشود با توجه به ماهیت متفاوت بدخیمی ها و پیش آگهی متفاوت درمانی و روشهای تهاجمی متفاوت جهت درمان آنها گروههای آموزش مدیریت استرس خانوادگی بدخیمی ها از یکدیگر تفکیک گردد و اینکه با توجه به اینکه حداکثر واکنشهای استرس زا را در ۶ ماه اول و خصوصا سه ماه اول ملاحظه می کنیم حتی المقدور برنامه مدیریت استرس در ۳ ماه اول پس از تشخیص بیماری انجام شود. با توجه به حجم نمونه کم این مطالعه پیشنهاد می گردد تحقیق دیگری با حجم نمونه بیشتر و با یک گروه کنترل انجام شود و همچنین در صورت امکان عوامل مخدوش کننده مانند سطح تحصیلات والدین و شغل و سطح اجتماعی فرهنگی تطبیق داده شوند

نتایج کاربری مطالعه با توجه به مزایای آموزش خانواده کودکان مبتلا به سرطان و با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد میشود این مداخله همراستا با درمانهای اصلی دارویی و ... که برای فرد مبتلا انجام می گردد برای والدین کودک انجام شود.

تشکر و قدردانی

با سپاس از استاد ارجمند جناب آقای دکتر نیک فرجام فوق تخصص خون و انکولوژی کودکان که در طی انجام این پژوهش صمیمانه ما را راهنمایی فرمودند و با تشکر از کلیه پرسنل محترم بخش خون و انکولوژی کودکان بیمارستان کودکان قدس که در این کار ما را همیاری خالصانه نمودند.

فصل پنجم

منابع و مآخذ

- 1- مرکز تحقیق و درمان سرطانهای توپر مشهد-
- 2-DOI:10.1002/1099-1611(200009/10)9:5<372::AID-PON471>3.0.CO;2-1.
- 3-مؤسسه تحقیقات ، درمان و آموزش سرطان ، ۱۲/ ۱۳۹۴-
- 4- www.rokshad.com/1387/02/30 .
- 5- aftabnews.ir/fa .
- 6--www.akairan.com/health/bimari.../2012911135840.ht.
- 7-«UK cancer incidence statistics by age». بازبینی شده در ۲۰۰۷-۰۶-۲۵. ژانویه ۲۰۰۷.
- 8- (Family process T vol . 27.hssue .1.pages 97-104-march 1988).
- 9-مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۹، شماره ۱۵-۲۵، ۱۳۹۲-
- 10-Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease .
- 11-«Cancer». World Health Organization بازبینی شده در ۲۰۰۷-۰۶-۲۵. فوریه ۲۰۰۶.
- 12-47- «Report sees ۷,۶ million global 2007 cancer deaths». Reuters دسامبر ۲۰۰۷
- 13- (خبرگزاری جمهوری اسلامی(ایرنا)-).
- 14-(HoekstraWeebers,Jaspers, Kamps, & Klip, 2001; McGrath, 2002; McGrath, Paton, & Huff, 2005; Nascimento, Rocha, Hayes, & Lima, 2005; Young,DixonWoods,Findlay & Heney, 2002).
- 15-مؤسسه تحقیقات، درمان و آموزش سرطان
- 16-مؤسسه تحقیقات، درمان و آموزش سرطان .«سونامی سرطان در ایران»-
- 17--(Gomes et al., 2004; McGrath et al., 2005; Shiota et al., 2004; G. M. Silva, Teles, & Valle, 2005).
- 18-«دلایل کتمان سونامی سرطان در ایران»-عصر ایران
- 19-خبرگزاری سلامت ایرانیان . ۱۲/۵/۹۰-
- 20--(Costa & Lima, 2002; McGrath et al., 2005).
- 21—J.Pediatr.Psychol. (2007) 32(10): 1272-1277.doi: 10.1093/jpepsy/jsm057First published online: August 2, 2007 .
- 22- NELSON ESSENTIALS OF PEDIATRICS, 20 th EDITION .

23--Journal of Advanced Nursing Volume 38, Issue 6, pages 598–606, June 2002 .

24- (Beck & Lopes, 2007a, 2007b; Björk, Wiebe, & Hallström, 2005; Clarke, Fletcher, & chneider, 2005; Eiser &Eiser, 2007; Klassen et al., 2007; McGrath, 2001).

25- J. Pediatr. Psychol. (1997) 22 (5):749-758.doi: 10.1093/jpepsy/22.5.74

26- J.Pediatr.Psychol. (2011)doi: 10.1093/jpepsy/jsr054 First published online: August 13, 2011 .

27- JOURNAL OF PEDIATRIC PSYCHOLOGY · SEPTEMBER 2008 Impact Factor: 2.91 · DOI: .1093/jpepsy/jsn007 · Source: PubMed .

28- Psycho-Oncology Volume 13, Issue 12, pages 898–903, December .

29-National Council on Family Relations DOI: 10.2307/352146 .

30--(Clarke & Fletcher, 2003; Holmbeck,Bruno & Jandasek, 2006; Kars, Duijnstee, Pool, Delden, & Grypdonck, 2008; KeeganWellset al., 2002; McGrathet al., 2005; Shiota et al., 2004; S. Silva, Pires, Gonçalves, & Moura, 2002).

31- گفتگوی دکتر عظیم مهرور، ریاست بیمارستان فوق تخصصی محک با سایت سلامت نیوز

32- Pediatr Blood Cancer. 2008 Feb; 50(2): 289–292.doi: 10.1002/pbc.21262.

33-(Yamazaki, Sokejima, Mizoue, Eboshida, & Fukuhara,2005).

34--(Chao, Chen, Wang, Wu, & Yeh, 2003; Martinson et al.,1999).

35-(Leavitt et al., 1999; Lou, 2006; Wong & Chan, 2006;Yeh, 2002).

36--(Björk et al., 2005; Earle, Clarke, Eiser, &Sheppard, 2006; Kerr, Harrison, Medves, & ranmer, 2004; Ljungman et al., 2003; McGrath, 2001; Steffen &Castoldi, 2006; Young et al., 2002).

37--(Leavitt et al., 1999; Martinson et al., 1999).

38--(Ferreira, 2005; Kerr, Harrison,Medves, & Tranmer, 2004; Kerr, Harrison, Medves, Tranmer, & Fitch, 2007; Mendonça, 2007).

39--(Cohn, Goodenough, Foreman, & Suneson, 2003; Dockerty,Skegg, & Williams, 2003; James et al., 2002; Lähteenmäki et al., 2004; McGrath et al., 2005; RochaGarcía et al., 2002).

40--(GedalyDuff, Lee, Nail, Nicholson, & Johnson, 2006; James et al., 2002; Kazak et al., 2004; Moreira & Ângelo, 2008; S. Silva et al.,2002; Young et al., 2002).

41-(Sahler et al., 2005; Svavarsdottir, 2005b).

42--(Steele et al., 2003, 2004; Stehl et al.,2009).

- 43-** Dolgin et al. (2007).
- 44-** Jurbergs, Long, Ticona e Phipps (2009).
- 45--**(Kazak, Boeving, Alderfer,Hwang, & Reilly, 2005; Santacroce, 2002; VrijmoetWiersma et al., 2008 .
- 46-**(-Best, Streisand, Catania, & Kazak, 2001; Santacroce, 2002).
- 47--**(VrijmoetWiersma et al.).
- 48--**(Beck & Lopes, 2007a; Dahlquist, Czyzewski, & Jones, 1996; Santos & Gonçalves, 2008; VrijmoetWiersma et al., 2008).
- 49--**(Bayat et al., 2008; Gerhardt et al., 2007; Lähteenmäki, Sjöblom,Korhonen, & Salmi, 2004; Piersol, Johnson, Wetsel, Holtzer, & Walker, 2008; Sawyer, Antoniou, Toogood, Rice, & Baghurst, 2000; VrijmoetWiersma et al., 2008).
- 50--**(Bayat, Erdem, & Kuzucu, 2008; VrijmoetWiersmaet al., 2008; WardSmith,Kirk, Hetherington, & Hubble, 2005).
- 51--**(Greening & Stoppelbein, 2007; HoekstraWeeberset al., 2001; Klassen et al., 2007;Steele, Dreyer, & Phipps, 2004).
- 52--**(financial costs, changes in routine, changes in marital relationships)concomitantly with behavioral disorders (depression, anxiety, posttraumatic stress symptoms, distress) .
- 53--**(HoekstraWeeberset al., 2001; Robinson, Gerhardt, Vannatta, & Noll, 2007; Santacroce, 2002; Streisand,Kazak, & Tercyak, 2003).
- 54--**(Vance, Morse, Jenney, & Eiser, 2001; Wegner & Pedro, 2009).
- 55--**(Santos & Gonçalves, 2008; Herman, Santos, & Miyazaki, 2007;Palmer et l.,2000;Woodgate, 2004; Young et al., 2002).
- 56-** Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics: April 2002 - Volume 23 - Issue 2 - pp 77-86 .
- 57--** Comprehensive Psychology January-December 2013 vol. 2 10.21.CP.2.11 .
- 58-** doi: 10.1053/jpon.2003.5*Journal of Pediatric Oncology Nursing*January 2003 vol. 20 no. 1 36-47 .
- 59--**J Health Psychol February 2016 vol. 21 no. 2 193-205 .

- 60-- J. Pediatr. Psychol. (1998) 23 (6):357-366.doi: 10.1093/jpepsy/23.6.357 .
- 61- doi: 10.1200/JCO.2002.08.301JCO June 15, 2002 vol. 20 no. 12 2851-2862 .
- 62- *J.Pediatr.Psychol.* (2013) 38 (8):809-828.doi: 10.1093/jpepsy/jst049First published online: July 10, 201 .
- 63- J.Pediatr.Psychol. (December2005)30 (8): 644-655.doi: 10.1093/jpepsy/jsi051 .
- 64-. Pediatr. Psychol. (2002) 27 (7):607-617.doi: 10.1093/jpepsy/27.7.607 .
- 65-American Journal of Preventive Medicine Volume 35, Issue 3, September 2008, Pages 287–313 .
- 66--DOI:10.1207/s15326888chc2503_3SharonManne, Deborah Miller, Paul Meyers, Norma Wollner, Peter Steinherz & William H. Redd pages 191-209 .
- 67-77-J. Pediatr. Psychol. (2001) 26 (5):299-307.doi: 10.1093/jpepsy/26.5.299 .
- 68-*J.Pediatr.Psychol.* (2013) 38 (4):462-471.doi: 10.1093/jpepsy/jss174First published online: January 21, 2013 .
- 69- *J.Pediatr.Psychol.* (2012) 37 (2):185-197.doi: 10.1093/jpepsy/jsr054First published online: August 13, 2011 .
- 70-- J. Pediatr. Psychol. (2008) 33 (7):694-706.doi: 10.1093/jpepsy/jsn007 .
- 71- J. Pediatr. Psychol.(January/February) 30 (1): 29-39 .
- 72- *Journal of the American Academy of Child&Adolescent Psychiatry, Volume 49, Issue 4, April 2010, Pages 295-296 .*
- 73- Axia, Tremolada, Pillon,Zanesco and Carli (2006). Stoppelbein and Greening (2007) .
- 74- *J.Pediatr.Psychol.* (2016) 41 (3):329-339.doi: 10.1093/jpepsy/jsv106First published online: November 25, 2015 .
- 75- Parents of Children Undergoing Bone Marrow Transplantation : Documenting Stress and Piloting a Psychological Intervention Program. *Psychol. (2000) 25 (5): 331-337.* Randi Streisand, PhD. James R. Rodrigue, PhD .
- 76- Pediatric Cancer, Parental Coping Style, and Risk for Depressive, Posttraumatic Stress, and Anxiety Symptoms. *Psychol. (2007) 32 (10): 1272-1277.* Leilani Greening, PhD and Leilani Greening, PhD .
- 77- **Coping with Cancer in Remission: Stressors and Strategies Reported by Children and Adolescents . *Psychol. (1991) 16 (6): 767-782.* Beth Anne Bull .**

Psychol. (December 2005) 30 (8): 644-655. Anne E. Kazak, PhD, ABPP Steven Simms, PhD.

78- Helping Preschool Leukemia Patients and Their Parents Cope During Injections
Psychol. (1993) 18 (6): 681-695. Ronald L. Bloont, Pamela J. Bachanas

79- Long-Term Coping with Pediatric Leukemia: A Six-Year Follow-Up Study.
Psychol. (1988) 13 (1): 7-22. Mary Jo Kupst .

80-- A Pilot Trial of a Stress Management Intervention for Primary Caregivers of Children Newly Diagnosed With Cancer: Preliminary Evidence That Perceived Social Support Moderates the Psychosocial Benefit of Intervention J. Pediatr. Psychol., May 2013; 38: 449 – 461 .

81- Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review
J. Pediatr. Psychol., September 2013; 38: 809 - 828.

82- Ilze V. Kalnins, M. Pamela Churchill, and Grace E. Terry Concurrent Stresses in Families with a Leukemic Child J. Pediatr. Psychol., March 1980; 5: 81 - 92.

83- Brief Report : Parents of Children Undergoing Bone Marrow Transplantation : Documenting Stress and Piloting a Psychological Intervention Program J. Pediatr. Psychol., Jul 2000; 25: 331 - 337.

84- Brief Report: Fathering a Child Living With HIV/AIDS: Psychosocial Adjustment and Parenting Stress J. Pediatr. Psychol., Sep 2001; 26: 353 - 358.

85- Psychological Adjustment in Caregivers of School-Age Children Infected With HIV: Stress, Coping, and Family Factors J. Pediatr. Psychol., Sep 2001; 26: 331 - 342.

86- Brief Report: The Risk of Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Children Diagnosed with Pediatric Cancer and Type I Diabetes J. Pediatr. Psychol., March 2007; 32: 223 - 229.

87- The Factor Structure of Traumatic Stress in Parents of Children With Cancer: A Longitudinal Analysis J. Pediatr. Psychol., May 2012; 37: 448 - 457

Efficacy of cognitive stress management program on public health and family functioning of parents of children with cancer

ABSTRACT

INTRODUCTION : Children cancers can induce psychological response in patient and their families, which led to a deep and important effects in the treatment , and the family accommodation with the disease. It requires to cognitive behavioral stress management intervention for fast adaptation and psychiatric disease prevention. Because of the shortage of similar researches in IRAN, we were studied the effects of the stress management training as cognitive behavioral on the parents of children with cancer.

MATERIALS AND METHODS : 25 parents who their childrens were involved with malignancy and were diagnosed in specialized sector of blood and oncology al-Qods hospital in Qazvin were included in this study from March to September 2015. The parents in four 90-minutes participated as a group of cognitive behavioral stress management training. The assessment tools was GHQ (general health questionnaire) and FAD (family assessment device) which completed by parents before and next one and three months after the training, then average and the standard deviation and likelihood value was assessed by SPSS software 21.

RESULTS : 25 parents completed training. The P-VALUE for GHQ and FAD before with one month and three months of training was 0.025 , 0.034 and for FAD was 0.01 , 0.001

CONCLUSIONS : The stress management training can improve general health and family performance.

KEYWORDS : children cancers, cognitive behavioral stress management training ,general health, family function.

ضمیمہ

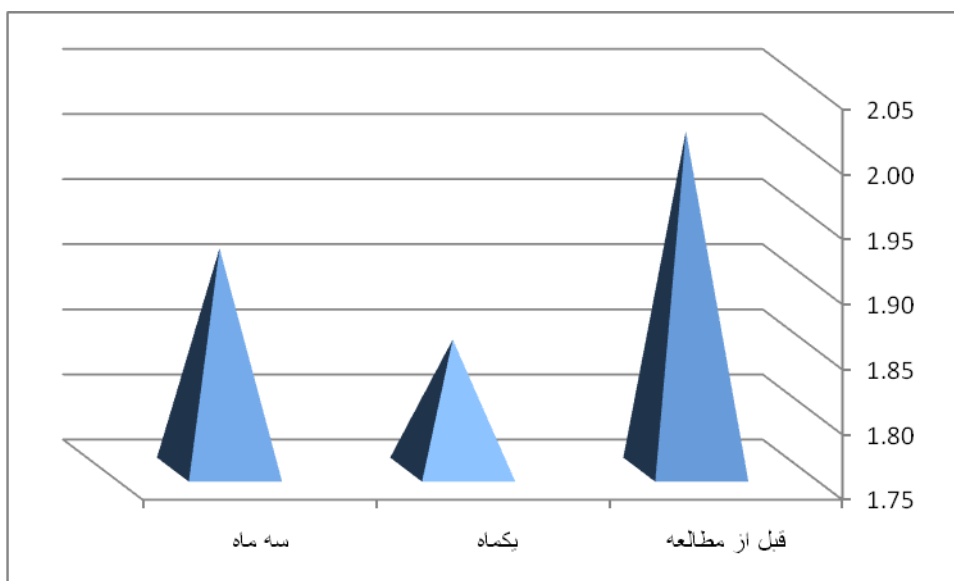
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۰۱	۰,۹۴	۰/۰۰۳
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱,۸۵	۰,۹۸	

جدول ۵-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه حل مساله در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۰۱	۰,۹۴	۰/۳۱۳
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱,۹۲	۱,۰۴	

جدول ۶-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه حل مساله در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱,۸۵	۰,۹۸	۰/۲۹۳
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱,۹۲	۱,۰۴	



نمودار ۳-۴ و ۵ میانگین نمره حل مسئله (FAD)

جدول ۳-۷: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه ارتباط در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

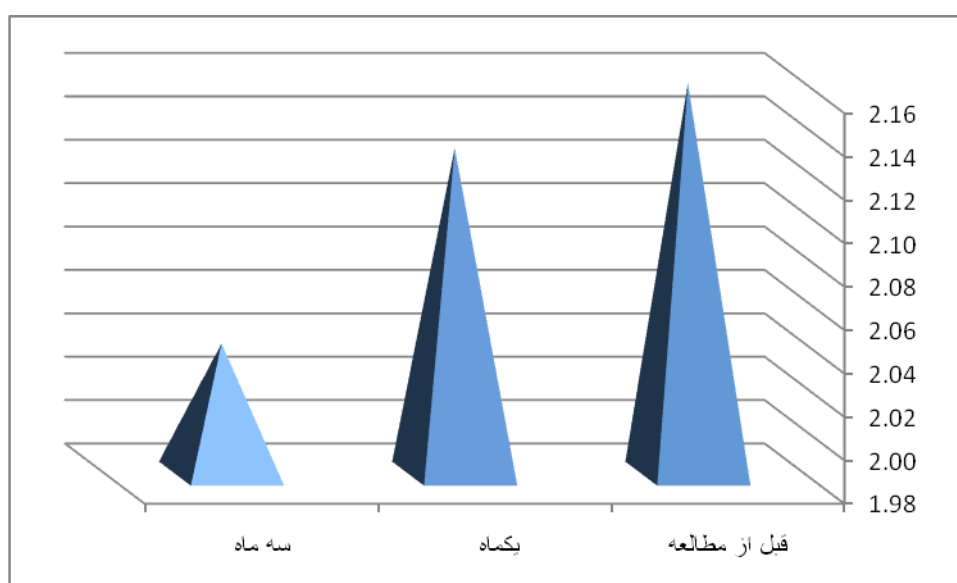
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲٫۶	۰٫۸۳	۰/۲۹۹
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲٫۱۳	۰٫۸۱	

جدول ۳-۸: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه ارتباط در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲٫۶	۰٫۸۳	۰/۰۰۵
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲٫۰۴	۰٫۸۶	

جدول ۹-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه ارتباط در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۱۳	۰,۸۱	۰/۰۵۶
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۰۴	۰,۸۶	



نمودار ۹ و ۷-۳ میانگین نمره ارتباط خانوادگی (FAD)

جدول ۱۰-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه نقش های خانوادگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

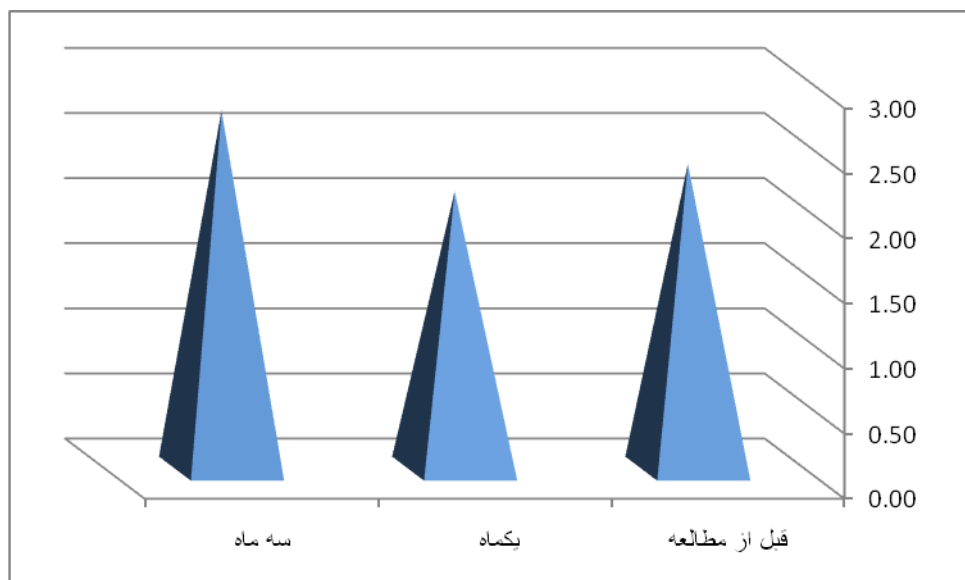
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۳۴	۳,۰۴	۰/۵۴۱
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۲۹	۰,۵۹	

جدول ۱۱-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه نقش های خانوادگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۳۴	۳,۰۴	۰/۶۵۹
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۳۰	۰,۵۶	

جدول ۱۲-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه نقش های خانوادگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۲۹	۰,۵۹	۰/۶۷
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۳۰	۰,۵۶	



نمودار ۱۱ و ۱۲ و ۱۰-۳ میانگین نمره نقش های خانوادگی (FAD)

جدول ۱۳-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه درگیری های عاطفی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

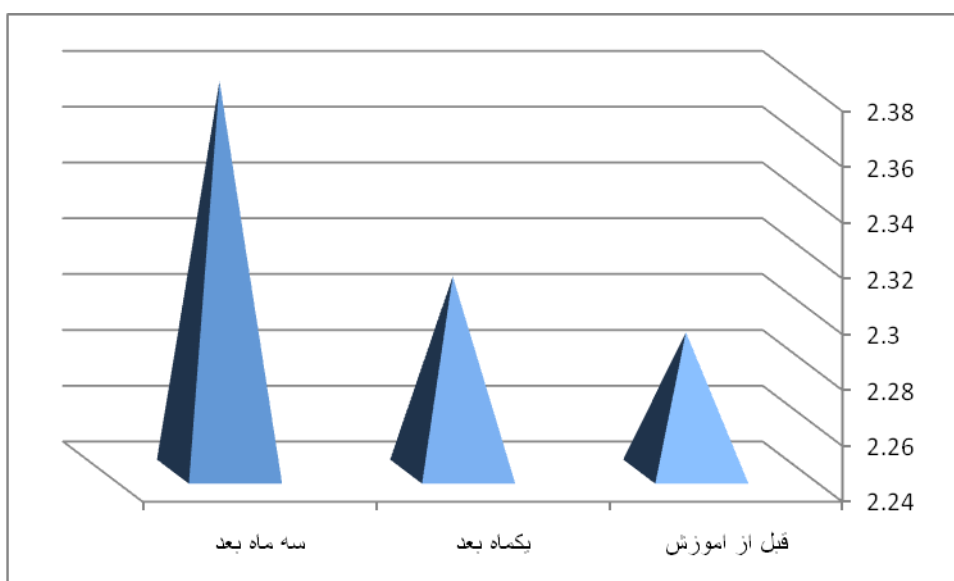
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۳۷	۱,۱۵	۰/۰۵۵
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۳۱	۱,۰۳	

جدول ۱۴-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه درگیری های عاطفی در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و ۳ سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۳۷	۱,۱۵	۰/۱۵۹
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۲۹	۲,۳۹	

جدول ۱۵-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه درگیری های عاطفی در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۳۱	۱,۰۳	۰/۷۴۵
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۲۹	۲,۳۹	



نمودار ۱۵ و ۱۴ و ۱۳- میانگین نمره درگیری های عاطفی (FAD)

جدول ۱۶-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه کنترل رفتار در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

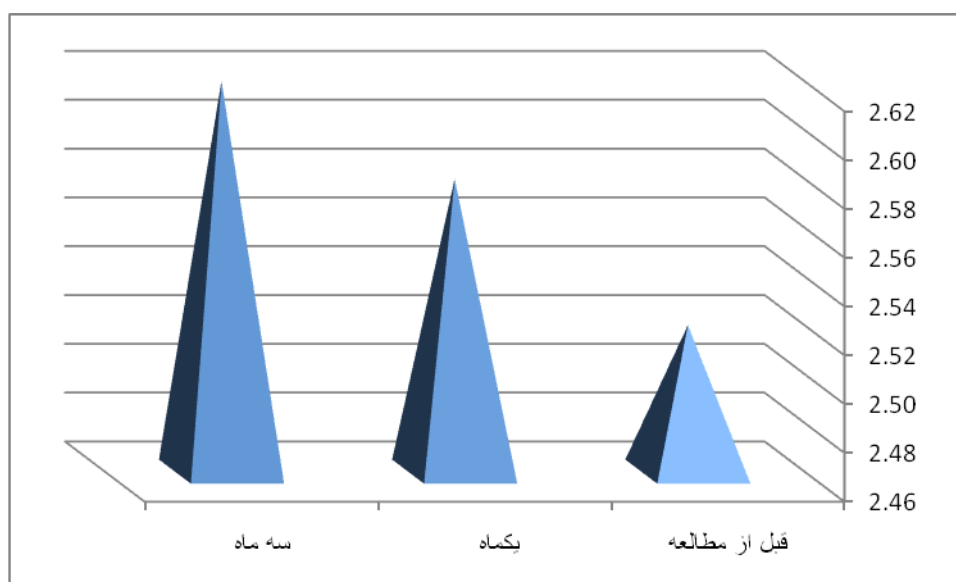
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۵۲	۰,۶۶	۰/۰۳۳
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۵۸	۰,۶۵	

جدول ۱۷-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه کنترل رفتار در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۵۲	۰,۶۶	۰/۳۷۱
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۶۱	۰,۶۱	

جدول ۱۸-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه کنترل رفتار در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۵۸	۰,۶۵	۰/۸۳۲
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۶۱	۰,۶۱	



نمودار ۱۸ و ۱۶-۳ میانگین نمره کنترل رفتار (FAD)

جدول ۱۹-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه واکنش های عاطفی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

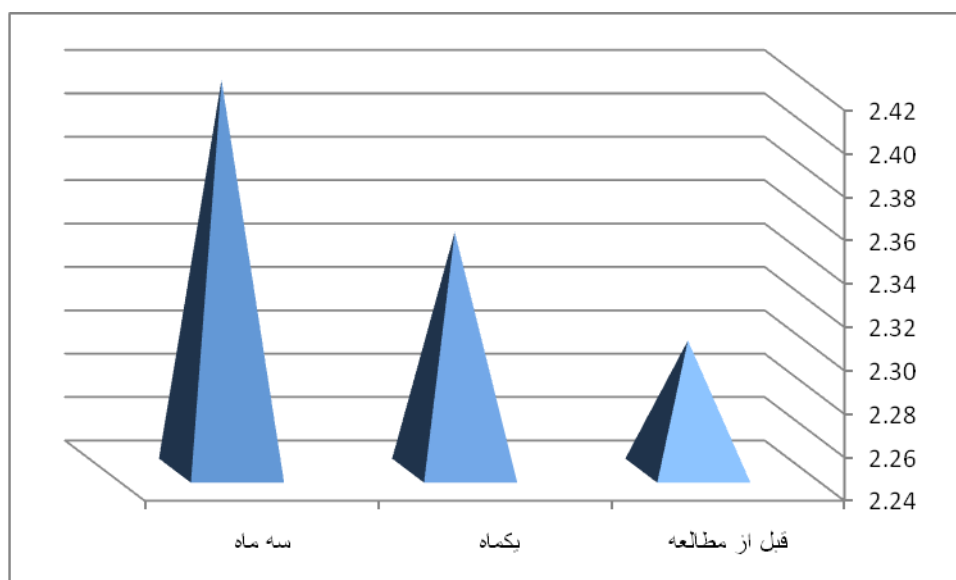
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۳۰	۰,۸۱	۰/۲۵۵
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۳۵	۰,۸۹	

جدول ۲۰-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه واکنش های عاطفی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۳۰	۰,۸۱	۰/۰۳۶
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۴۲	۰,۹۲	

جدول ۲۱-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه FAD در حوزه واکنش های عاطفی در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۳۵	۰,۸۹	۰/۱۱۶
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۴۲	۰,۹۲	



نمودار ۲۱ و ۲۰ و ۱۹-۳ میانگین نمره واکنش های عاطفی (FAD)

جدول ۲۲-۳: مقیاس کلی حاصل از پرسشنامه FAD در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

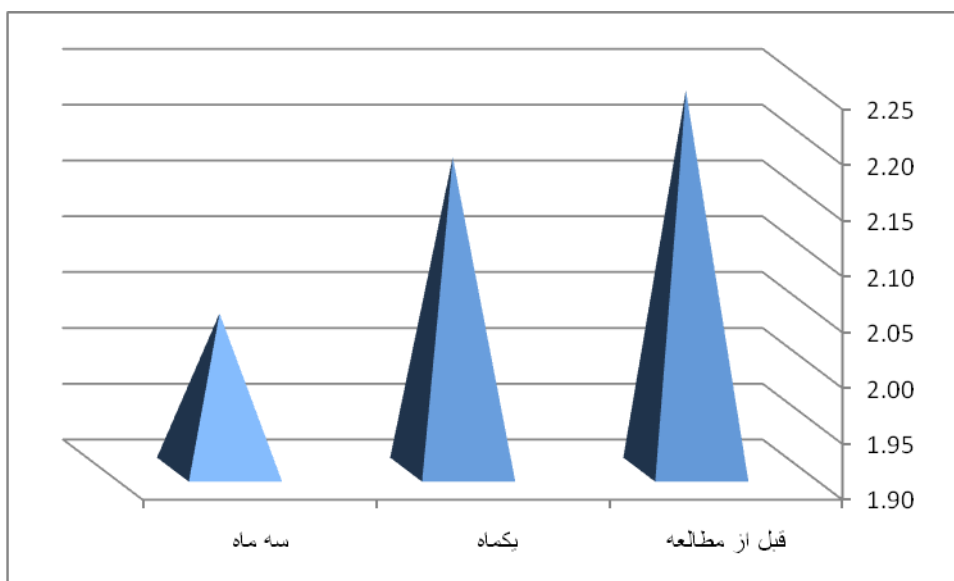
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۲۴	۰,۷۱	۰/۰۱
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۱۳	۰,۷۳	

جدول ۲۳-۳: مقیاس کلی حاصل از پرسشنامه FAD در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۲,۲۴	۰,۷۱	۰/۰۰۱
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۰۴	۰,۵۸	

جدول ۲۴-۳: مقیاس کلی حاصل از پرسشنامه FAD در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۱۳	۰,۷۳	۰/۱۸۳
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۲,۰۴	۰,۵۸	



نمودار ۲۴ و ۲۳ و ۲۲-۳ میانگین نمره مقیاس کلی (FAD)

جدول ۲۵-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه علائم جسمانی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

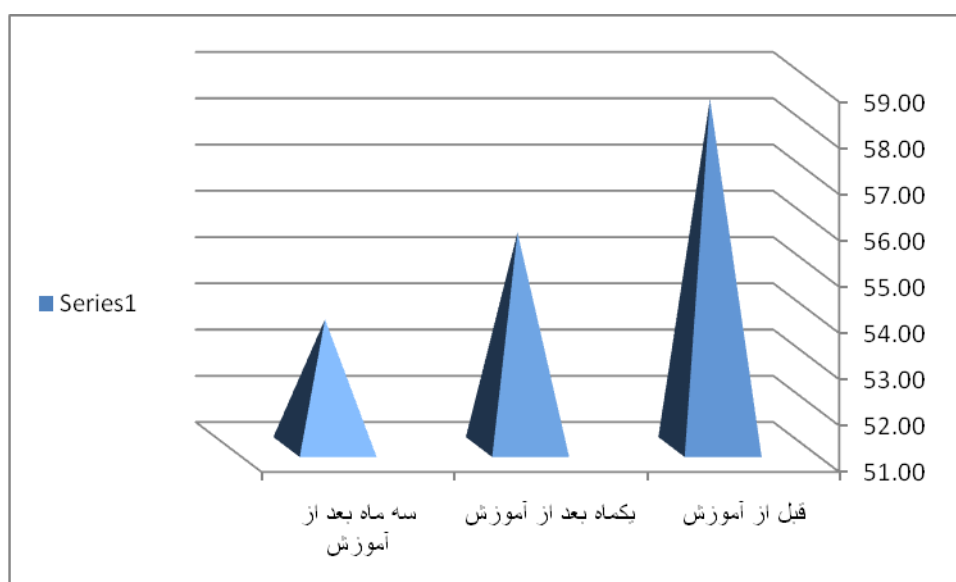
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۱۴/۹۶	۲/۲۲	۰/۰۰۳
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱۴/۰۴	۴/۱۱	

جدول ۲۶-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه علائم جسمانی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۱۴/۹۶	۲/۲۲	۰/۱۳۶
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱۴/۴۴	۳/۹۹	

جدول ۲۷-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه علائم جسمانی در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱۴/۰۴	۴/۱۱	۰/۳۰۱
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱۴/۴۴	۳/۹۹	



نمودار ۲۷ و ۲۶ و ۲۵-۳ میانگین نمره نشانه های جسمانی (GHQ)

جدول ۲۸-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه علائم اضطرابی و بیخوابی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

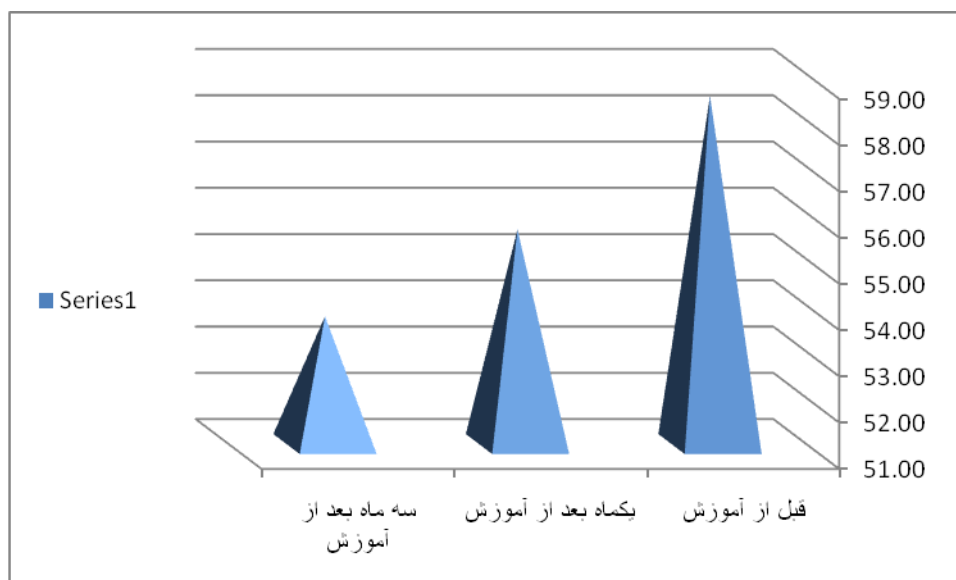
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۱۶/۳۶	۴/۷۷	۰/۰۰۴
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱۵/۴۸	۴/۶۵	

جدول ۲۹-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه علائم اضطرابی و بیخوابی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۱۶/۳۶	۴/۷۷	۰/۷۰۱
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱۶/۲	۴/۸۹	

جدول ۳۰-۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه علائم اضطرابی و بیخوابی در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱۵/۴۸	۴/۶۵	۰/۱۹
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱۶/۲	۴/۸۹	



نمودار ۳۰ و ۲۹ و ۲۸-۳: میانگین نمره اضطراب و بیخوابی (GHQ)

جدول ۳۱ - ۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه اختلال در کارکرد اجتماعی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

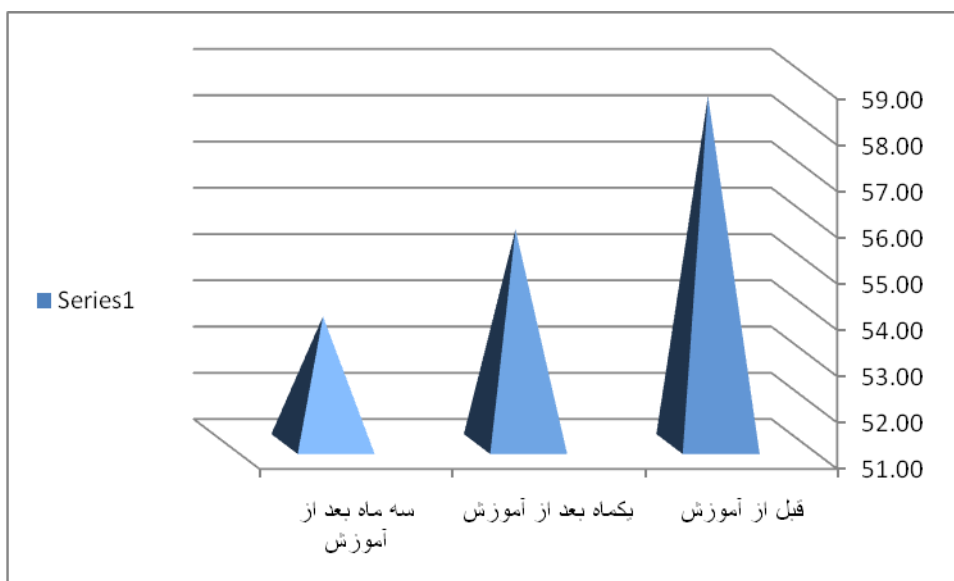
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۱۶/۴۰	۳/۹۹	۰/۳۵۹
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱۵/۷۲	۳/۵۷	

جدول ۳۲ - ۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه اختلال در کارکرد اجتماعی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۱۶/۴۰	۳/۹۹	۰/۴۵۲
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱۵/۸۴	۴/۳۸	

جدول ۳۳ - ۳: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه اختلال در کارکرد اجتماعی در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱۵/۷۲	۳/۵۷	۰/۸۴۵
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱۵/۸۴	۴/۳۸	



نمودار ۳۳ و ۳۲ و ۳۱-۳ میانگین نمره اختلال در کارکرد اجتماعی (GHQ)

جدول ۳-۳۴: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه اختلال افسردگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

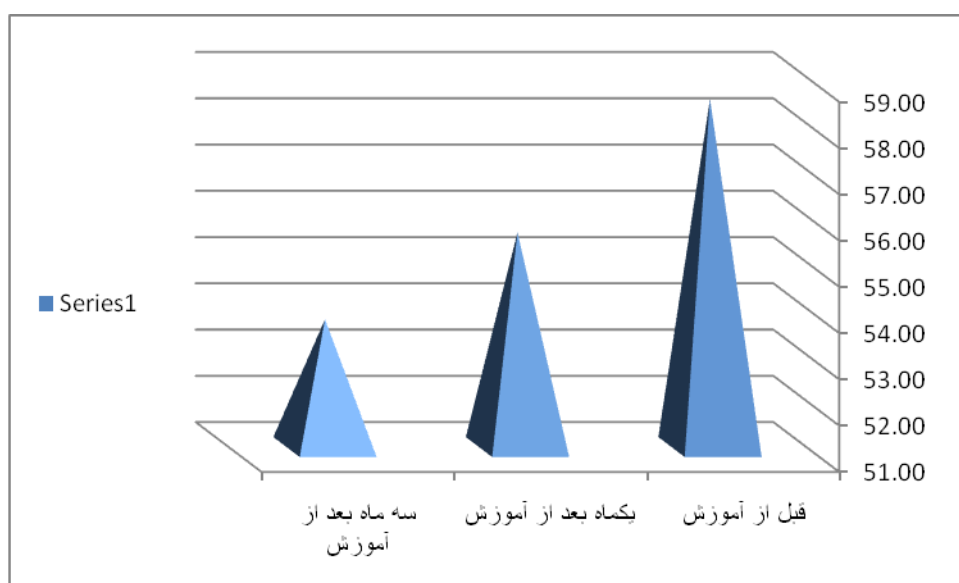
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۱۰/۴	۶/۱۸	۰/۶۷۹
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱۰	۴/۹۶	

جدول ۳-۳۵: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه اختلال افسردگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۱۰/۴	۶/۱۸	۰/۷۵۹
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱۰/۶۸	۴/۶۱	

جدول ۳-۳۶: مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ در حوزه اختلال افسردگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۱۰	۴/۹۶	۰/۲۸۰
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۱۰/۶۸	۴/۶۱	



نمودار ۳۶ و ۳۵ و ۳۴-۳ میانگین نمره افسردگی (GHQ)

جدول ۳-۳۷: مقایسه نمرات کلی حاصل از پرسشنامه GHQ در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و یکماه بعد از مداخله

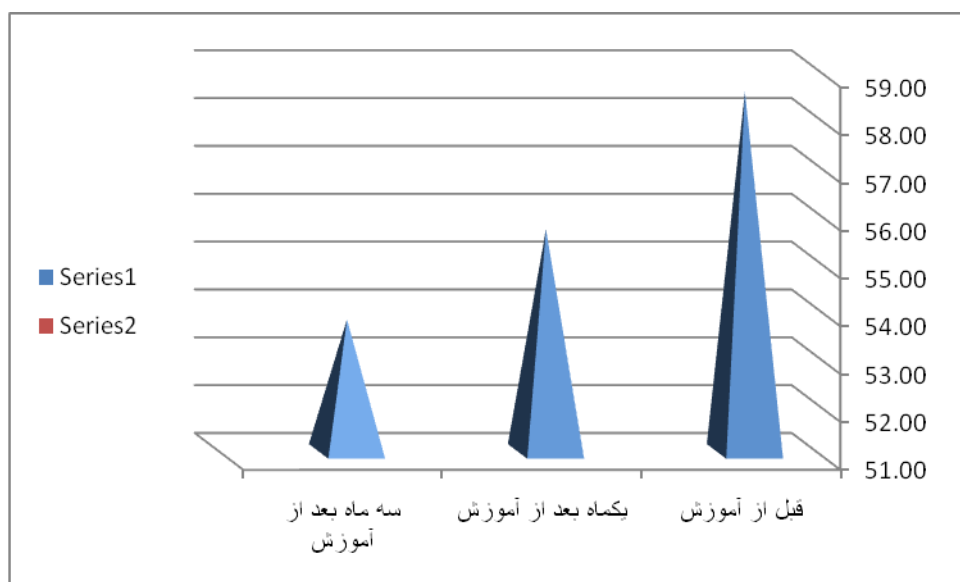
زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۵۸/۵۲	۱۴/۳۹	۰/۰۲۵
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۵۵/۶۴	۱۴/۱۱	

جدول ۳۸-۳: مقایسه نمرات کلی حاصل از پرسشنامه GHQ در والدین کودکان مبتلا به سرطان قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
قبل از آموزش	۲۵	۵۸/۵۲	۱۴/۳۹	۰/۰۳۴
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۵۳/۷۶	۱۷/۸۲	

جدول ۳۹-۳: مقایسه نمرات کلی حاصل از پرسشنامه GHQ در والدین کودکان مبتلا به سرطان یکماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

زمان مداخله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-Value
یکماه بعد از آموزش	۲۵	۵۵/۶۴	۱۴/۱۱	۰/۳۲۷
۳ ماه بعد از آموزش	۲۵	۵۳/۷۶	۱۷/۸۲	



نمودار ۳۹ و ۳۸ و ۳۷-۳: میانگین نمره مقیاس کلی (GHQ)

برگه اطلاع رسانی

عنوان پژوهش: بررسی تاثیر آموزش مدیریت استرس بصورت رفتاری شناختی بر روی بهداشت روانی و تعاملات اجتماعی و عملکرد خانواده والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم و سایر بدخیمی ها .

سی بی تی نوعی درمان غیر دارویی است که درواقع بخشی از رفتاردرمانی و رواندرمانی محسوب می شود. یکی از مهمترین ویژگیهای این نوع درمان این است که به مصرف دارو یا مواد دیگر وابسته نیست ، بعبارتی می تواند بدون استفاده از دارو و به تنهایی بکار رود. لذا عارضه جانبی درمانهای دارویی را ندارد. ما نیز در پژوهش فوق از این روش استفاده خواهیم نمود .

برای انجام این پژوهش از شما دعوت می شود در ۴ جلسه ی مجزا به مدت دو ساعت از ساعت ۹ الی ۱۱ صبح در مرکز آموزشی درمانی قدس حضور بهم رسانید. در جلسه اول پرسشنامه هایی در اختیار شما قرار خواهد گرفت که شما به سوالات آن پاسخ خواهید داد. سپس جلسه آموزشی مدیریت استرس برگزار خواهد گردید . در انتهای هر جلسه نیز بحث و پرسش و پاسخ خواهیم داشت و درپایان جلسه چهارم مجددا پرسشنامه های قبلی در اختیار شما قرار خواهد گرفت و شما به همان سوالات پاسخ خواهید داد .

برای انجام پژوهش در طول مطالعه از جانب پژوهشگران هیچگونه دارویی برای شما تجویز نخواهد گردید. بدیهی است شرکت شما در این پژوهش کاملاً داوطلبانه بوده و در صورت عدم رضایت شما در هر مرحله ای که بخواهید می توانید انصراف خود را از ادامه همکاری اعلام نموده و محل پژوهش را ترک نمایید .

برای اطلاعات بیشتر می توانید با شخص مجری طرح بنام دکتر نسرين صراف و به آدرس مرکز آموزشی درمانی قدس و شماره تلفن ۰۲۸۳۳۳۳۴۸۰۸ تماس حاصل فرمایید .

بسمه تعالی

مرکز آموزشی درمانی قدس

نام شرکت کننده :

آدرس و شماره تماس شرکت کننده : تاریخ :

فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی

<p>عنوان طرح تحقیقاتی: بررسی تاثیر آموزش مدیریت استرس بصورت رفتاری و شناختی بر روی بهداشت روانی و تعاملات اجتماعی و عملکرد خانواده های والدین کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم</p>	<p>نام مجری یا مجریان طرح: دکتر نسرين صراف دکتر مریم فنائی</p>
<p>معرفی طرح</p>	<p>در این طرح خانواده های کودکان مبتلا به لوسمی و لنفوم تحت آموزش برنامه مدیریت استرس قرار میگیرند و اثر بخشی برنامه آموزشی با کمک پرسشنامه هایی که قبل و بعد از آموزش پر میشود تعیین شود.</p>
<p>مزایا</p>	<p>کاهش استرس خانواده های بیماران مبتلا به لوسمی و لنفوم و افزایش تعاملات اجتماعی و بهداشت روانی آنها و شناخت نقاط ضعف و قوت خانواده ها و افزایش عملکرد خانواده ها - کاهش ابتلا به بیماریهای جسمی بدنبال استرس مانند بیماری های قلبی ، آلزایمر- کاهش ابتلا به بیماری های روانپزشکی مانند افسردگی ،اختلال هراس .</p>
<p>خطرات</p>	<p>این طرح هیچگونه خطر خاصی برای شرکت کنندگان ندارد .</p>
<p>نمونه گیری، دارودرمانی یا سایر خدمات (ذکرشود)</p>	<p>پرسشنامه های قبل و بعد از آموزش .</p>
<p>محرمانه بودن</p>	<p>کلیه اطلاعات بیماران و خانواده های آنان محرمانه بوده و به هیچ عنوان در اختیار سایر مراکز یا اشخاص حقیقی یا حقوقی قرار نخواهد گرفت .</p>

پاسخگویی به پرسشها	مجریان طرح در پایان جلسات به پرسشهای شرکت کنندگان پاسخگو خواهند بود .
حق انصراف در خروج از مطالعه	شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان مایل بودم بدون آنکه تغییری در نحوه رفتار پزشک درمانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.
<p>((رضایت))</p> <p>اینجانب با آگاهی کامل از موارد فوق رضایت میدهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در طرح تحقیقاتی به سرپرستی دکتر نسرین صراف شرکت نمایم .</p> <p>کلیه اطلاعاتی که از من گرفته میشود و نیز نام من محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج تحقیقات در صورت نیاز به صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه ارائه میگردد و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد گردید .</p> <p>امضاء و اثر انگشت فرد شرکت کننده : محققین : ۱- دکتر نسرین صراف : ۲- دکتر مریم فنائی :</p> <p>امضا و اثر انگشت شاهد :</p>	

FAD

در زیر تعدادی جمله در مورد خانواده‌ها ذکر شده است. لطفاً هر جمله را به دقت خوانده و تعیین کنید که هر یک تا چه حد خانواده شما را توصیف می‌کند. شما باید به همان گونه که خانواده‌تان را می‌بینید پاسخ دهید.

مقایسه هر جمله چهار پاسخ ممکن وجود ندارد.

۱- کلاً موافق (در صورتیکه جمله به طور کاملاً دقیق خانواده شما را توصیف می‌کند، عدد ۱ را انتخاب کنید)

۲- موافق (در صورتیکه احساس می‌کنید جمله تا حد زیادی خانواده شما را توصیف می‌کند، عدد ۲ را انتخاب کنید)

۳- مخالف (در صورتیکه احساس می‌کنید جمله تا حد زیادی توصیف‌کننده خانواده شما نیست، عدد ۳ را انتخاب کنید)

۴- کلاً مخالف (در صورتیکه احساس می‌کنید جمله اصلاً توصیف‌کننده خانواده شما نیست، عدد ۴ را انتخاب کنید)

هر یک وقت زیادی را صرف فکر کردن در مورد هر جمله نکنید و تا جایی که ممکن است سریع و صادقانه به جملات پاسخ دهید. چنانچه در پاسخ به یک جمله مشکل دارید نخستین کسی حربه را است به آن لحاظ کنید. لطفاً مطمئن شوید که به همه جملات پاسخ داده‌اید و هیچ خبری از دست رفته هر جمله ننویسید.

کلاً موافق	موافق	مخالف	کلاً مخالف

درجه بندی فعالیت‌های خانوادگی، به دلیل سوء تفاهم بین اعضا خانواده دشوار است (G)

۱- در اکثر مشکلات روزمره مربوط به خانواده را حل و فصل می‌کنیم (PS)

۲- وقتی یکی از اعضای خانواده ناراحت است بقیه علت آن را می‌دانند. (C)

۳- وقتی از عسری می‌خواهید کاری را انجام دهد، باید بررسی کنید که آنرا تمام داده باشد (R)

نوع سوال	موضوع	پاسخ
		۵) اگر عطوی دچار مشکل شود، دیگران هم بسیار درگیر مشکل می‌شوند. (AI)
		۶) در موقع بروز بحران می‌توانیم روی حمایت یکدیگر حساب کنیم. (G)
		۷) نمی‌دانیم در یک موقعیت غیر منتظره چه باید بکنیم. (BC)
		۸) بعضی اوقات چیزهایی که احتیاج داریم تمام می‌شود. (G)
		۹) ما در نشان دادن عواطف مان به یکدیگر بی‌میل هستیم. (AR)
		۱۰) ما باید مطمئن شویم که انضام، مسئولیت‌های خانوادگی شان را انجام می‌دهند. (R)
		۱۱) ما نمی‌توانیم در مورد تمکینی و نراحتی که احساس می‌کنیم، با هم گفتگو کنیم. (G)
		۱۲) ما معمولاً بر اساس تصمیمات اتخاذ شده در رابطه با مسائل عمل می‌کنیم. (PS)
		۱۳) شما تنها هنگامی مورد علاقه دیگران هستید که منفعتی برای آنها داشته باشد. (AI)
		۱۴) نمی‌توانید با توجه به آنچه یک عضو می‌گوید، به احساسش پی ببرید. (C)
		۱۵) وظایف خانوادگی به خوبی تقسیم نمی‌شوند. (R)
		۱۶) افراد به خاطر آنچه هستند مورد پذیرش قرار می‌گیرند. (G)
		۱۷) شما می‌توانید به راحتی با زیر پا گذاشتن قواعد خانواده، راه خود را جدا کنید. (BC)
		۱۸) افراد رنگ هستند و به جای استفاده از کلمات، موسیقی را می‌کنند. (C)
		۱۹) برخی از ما به لحاظ عاطفی واکنش مناسب نشان نمی‌دهیم. (AR)
		۲۰) ما می‌دانیم در یک موقعیت غیر منتظره چه باید بکنیم. (BC)
		۲۱) از بحث در مورد ترس‌ها و دغدغه‌هایمان خودداری می‌کنیم. (G)

کلاماً مخالف	مخالف	موافق	کلاماً موافق	
				۲۲) صحبت با یکدیگر در مورد احساسات صحبت آسبز برای ما مشکل است (A)
				۲۳) ما برای پرداخت صورت حسابهایمان دچار مشکل هستیم (R)
				۲۴) پس از اینکه خانواده ما برای حل یک مشکل تلاش کرد، معمولاً درباره اینکه راه حل مورد بوده است یا نه گفتگو می کنیم (PS)
				۲۵) ما بسیار خود محور هستیم (A)
				۲۶) ما کمتر به بیان احساسات مان به یکدیگر هستیم (G)
				۲۷) مادر مورد روش پوششی و آراستن خود انتقارانه روشی نداریم (BC)
				۲۸) ما غلبه و صحبت خود را به یکدیگر نشان نمی دهیم (AR)
				۲۹) ما با یکدیگر به طور مستقیم صحبت می کنیم تا با استفاده از منابعی ها و واسطه ها (C)
				۳۰) هر یک از ما وظایف و مسئولیت های خاصی ندارد (R)
				۳۱) احساسات به بسیاری از خانواده وجود دارد (G)
				۳۲) در مورد زمین افراد دارای قواعد و قانون هستیم (BC)
				۳۳) تنها هنگامی که موضوعی جذاب وجود داشته باشد، درگیر ارتباط با یکدیگر می شویم (A)
				۳۴) برای بررسی خلاق فردی وقت نمی وجود دارد (A)
				۳۵) غالباً منظورمان را بیان نمی کنیم (G)
				۳۶) احساس می کنیم به خاطر آنچه هستیم مورد پذیرش قرار می گیریم (C)
				۳۷) تنها هنگامی به یکدیگر علاقمندی نشان می دهیم که چیزی به نوع من باشد (A)
				۳۸) اکثر اشتباهات عاطفی که در روز پیدا می کند را حل و فصل می کنیم (PS)
				۳۹) بسیاری از خانواده ما نسبت به سایر مسائل، در عرصه دوم اهمیت قرار دارد (AR)

مخالف	موافق	کاملاً موافق
		۴۰ در مورد اینکه چه کسی باید کارهای خانه را انجام دهد، گفتگو می‌کنیم. (R)
		۴۱ تصمیم‌گیری در خانواده ما یک مشکل است. (G)
		۴۲ اعضا خانواده ما تنها هنگامی به یکدیگر علاقه و توجه نشان می‌دهند که در آن نلخی داشته باشند. (AI)
		۴۳ ما با یکدیگر رک هستیم. (C)
		۴۴ ما به هیچ قانون یا ملاک و معیاری پایبند نمی‌باشیم. (BC)
		۴۵ اگر از کسی خواسته شود که کاری انجام دهد، لازم است به او پادآوری شود. (R)
		۴۶ در مورد چگونگی حل مشکلات، قادر به تصمیم‌گیری هستیم. (G)
		۴۷ اگر قوانین رعایت نشود، نمی‌دانیم انتظار چه پیامدی را باید داشته باشیم. (BC)
		۴۸ هر چیزی در خانواده ما امکان دارد. (BC)
		۴۹ ما دلسوزی خود را بیان می‌کنیم. (AR)
		۵۰ در مواجهه با مشکلات، احساسی برخورد می‌کنیم. (PS)
		۵۱ ما با یکدیگر به خوبی کنار نمی‌آییم. (G)
		۵۲ هنگامیکه عصبانی هستیم، با یکدیگر صحبت نمی‌کنیم. (C)
		۵۳ در مورد مسئولیت‌هایی که به ما محول شده است، کاملاً ناراضی هستیم. (R)
		۵۴ اگر چه لبت ما خوب است، اما بیش از حد در زندگی یکدیگر دخالت می‌کنیم. (AI)
		۵۵ قواعدی در مورد موقعیت‌های خطرناک وجود دارد. (BC)
		۵۶ ما به یکدیگر اعتماد داریم. (G)
		۵۷ در ملاه عام گریه می‌کنیم. (AR)
		۵۸ ورود و خروج به منزل در خانواده ما قانون مشخصی ندارد. (BC)
		۵۹ وقتی که دوست نداریم عضوی کاری را انجام دهد، به او می‌گوییم. (C)
		۶۰ نمی‌توانیم برای حل مشکلات به راه حل‌های مختلف فکر کنیم. (PS)

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

لطفاً این قسمت را بدقت مطالعه کنید:

میخواهیم درباره کسالت و ناراحتیهای پزشکی و اینکه سلامت عمومی شما در طی یک ماه گذشته تا به امروز چگونه بوده است اطلاعاتی بدست آوریم. لطفاً در تمامی سؤالات زیر پاسخی را که فکر میکنید با وضع شما بیشتر مطابقت دارد مشخص کنید. به خاطر داشته باشید که ما میخواهیم درباره ناراحتیهای اخیر شما اطلاعاتی بدست آوریم، نه مشکلات و ناراحتیهایی که در گذشته داشته اید سعی کنید به تمامی سؤالات پاسخ دهید و جواب خود را در محل مربوط با علامت ضربدر مشخص فرمائید. از همکاری شما بسیار متشکریم.

۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز کاملاً احساس کرده اید که خوب و سالم هستید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز سر درد داشته اید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اند یا اینکه فشاری به سرتان وارد میشود؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و یا سرد می شود؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بیخوابی شده باشید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۹- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می شوید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۰- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائماً تحت فشار هستید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده اید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده اید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری خارج از توانائی شما است؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز برای انجام کارها بیش از گذشته وقت صرف کرده اید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که کارها را بخوبی انجام می دهید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می کنید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۱۹- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲۰- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانائی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیتهای روزمره زندگی لذت ببرید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی کاملاً ناامیدکننده است؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این مساله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام دهید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که یکاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص میشدید؟

الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

۲۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید؟

تکلیف (جدول ۱)

تاریخ:

فعالیت	زمان ساعت	مدت زمان (دقیقه)	نظرات

جدول ۲

برنامه روزانه

زمان	وظیفه (تکلیف)	درجه بندی (A,B,C,D)	انجام

۳- نتایج احتمالی چیست؟

راه حل	عواقب مثبت	عواقب منفی
(۱)		
(۲)		
(۳)		
(۴)		
(۵)		

۴- بهترین راه حل را انتخاب کنید:

راه حل اول رتبه

راه حل دوم رتبه

راه حل سوم رتبه

راه حل چهارم رتبه

۵- راه حل را امتحان کنید:

۶- آیا مفید بود:

تکلیف :

جهت انجام تمرین جراتمندی از روش نردبان استفاده کنید . هدف خود را مشخص کنید و جهت رسیدن به آن قدم هایی را مشخص کنید . قدم را از آسان به سخت تعیین کنید و فاصله قدم ها بصورت مناسب تعیین کنید . برای هر قدم پاداش تعیین کنید .

نردبان

هدف :		
قدم	تکلیف در هر قدم	پاداش
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		

تکلیف در جدول کشف افکار، هر اتفاقی که باعث استرس در طول هفته می شود یادداشت کنید. سپس افکار نا کار آمد خود را بنویسید. در مرحله بعد دنبال شواهد بگردید و در مرحله بعد بدترین چیزی که ممکن است اتفاق بیفتد و چگونگی کنار آمدن با آن را یادداشت کنید. در مرحله آخر افکار کار آمد و واقع بینانه را جایگزین کنید. در ضمن در قسمت مشخص شده سطح استرس خود را در مرحله اول و آخر یادداشت کنید.

جدول کشف افکار	
چه اتفاقی افتاده است؟	
من چه فکری کردم؟ (افکار نا کار آمد)	
سطح استرس (۰-۸)	
دنبال شواهد بگردید حقیقت چیست؟ چه اتفاقات دیگری در این موقعیت ممکن است رخ دهد؟ فلا چه اتفاقی افتاده است؟ چه چیزی برای بقیه افراد رخ داده است؟ اگر این اتفاق برای دوستان من افتاد من به او چه می گفتم؟	
بدترین اتفاقی که ممکن است بیفتد چیست؟ چگونه با آن کنار می آییم؟	
افکار کار آمد و واقع بینانه را جایگزین کنید	
سطح استرس (۰-۸)	

هدف:

پاداش

قدم اول	
قدم دوم	
قدم سوم	
قدم چهارم	
قدم پنجم	
قدم ششم	
قدم هفتم	
قدم هشتم	

تکلیف :

جداً قل: جو بار در روز آرماساری را تمرین کنید و در جدول زیر ثبت کنید. تاریخ و زمان انجام و میزان استرس قبل و بعد از تمرین و نظرات و پیشنهاد خود را ثبت کنید.

[illegible]

تکلیف (جدول ۱)

تاریخ:

فعالیت	زمان ساعت	مدت زمان (دقیقه)	نظریات